

Virginia Henderson

Virginia Henderson considera la persona como un individuo que necesita ayuda para recuperar su salud, independencia o una muerte tranquila. Contempla al ser humano con componentes biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales que interactúan entre sí y que necesita ayuda para su independencia. Pensaba que la práctica de la enfermería era independiente de la práctica médica y reconoció su interpretación de la función de la enfermera como una síntesis de numerosas influencias



Henderson puso de relieve el arte de la enfermería y propuso las 14 necesidades humanas básicas en las que se basa la atención de enfermería.

Modelo de Virginia Henderson - 14 necesidades de Virginia Henderson

1. Respirar normalmente
2. Comer y beber adecuadamente
3. Eliminar los desechos corporales
4. Moverse y mantener posturas deseables
5. Dormir y descansar
6. Seleccionar ropas adecuadas; vestirse y desvestirse
7. Mantener la temperatura corporal en un intervalo normal ajustando la ropa y modificando el entorno

14 necesidades de Virginia Henderson

8. Mantener el cuerpo limpio y bien cuidado y proteger la piel
9. Evitar los peligros del entorno y evitar lesionar a otros
10. Comunicarse con los demás para expresar las propias emociones, necesidades, miedos y opiniones
11. Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
12. Trabajar de tal manera que se experimente una sensación de logro
13. Jugar o participar en diversas formas de ocio
14. Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que lleva al desarrollo y salud normales, y usar los recursos disponibles

Aspectos que limitan el desarrollo de potencial

–**Fuerza física:** alude al tono muscular, capacidad psicomotriz y psicomotora (Poder hacer). Hay falta de fuerza física cuando la persona carece de la capacidad psicomotriz o de la fuerza y el tono muscular necesarios para realizar las actividades requeridas.

–**Fuerza psíquica:** se refiere a la capacidad sensoperceptiva, intelectual, cognitiva y afectiva (Por qué y para qué hacer). Habrá falta de fuerza psíquica cuando la persona ignora los beneficios de las acciones que debe llevar a cabo, no las relaciona con su situación de salud, no es capaz de tomar una decisión o la que toma no es la adecuada.

Aspectos que limitan el desarrollo de potencial

- Voluntad:** es la intencionalidad en la recuperación, mantenimiento o aumento de la independencia (querer hacer). Existe falta de voluntad cuando la persona ha tomado una decisión y desea ponerla en práctica, pero no persiste en las conductas con suficiente intensidad o durante el tiempo necesario.
- Conocimientos:** alude al grado de percepción de la situación de salud y de recursos internos y externos disponibles (Saber qué hacer y cómo hacerlo). Existe falta de conocimientos cuando la persona, teniendo la capacidad para percibir, procesar y recordar la información, carece de los conocimientos necesarios para manejar sus cuidados de salud o ignora cómo utilizarlos.

Identificó tres niveles de **relaciones enfermera-paciente** en los que la enfermera actúa como:

1. sustituta del paciente
2. colaboradora para el paciente y
3. compañera del paciente.

A través del proceso interpersonal y desarrollando la empatía, la enfermera debe **«meterse en la piel»** de cada uno de sus pacientes a fin de conocer qué ayuda necesitan.

Conceptos

Enfermera como sustituta. Es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada.

“La enfermera lo hace por él, es sustituta de todo lo que necesita el paciente.”

Enfermera como ayudante. La enfermera lo hace con él. En situaciones de convalecencia, ayuda al paciente a adquirir su independencia o a recuperarla.

Enfermera como acompañante. Fomenta la relación terapéutica con el paciente y actúa como un miembro del equipo de salud, supervisando y educando en el autocuidado.

“La enfermera y el paciente elaboran juntos el plan de cuidados y ambos colaboran, la enfermera supervisa.”

Independencia. Estado en el que la persona es capaz de satisfacer por sí misma sus necesidades, desarrollando todo su potencial de acuerdo con su edad, etapa de desarrollo y situación.

Dependencia. Nivel deficitario o insuficiente de desarrollo del potencial de la persona, por falta de fuerza, conocimientos o voluntad, que le impide o dificulta satisfacer las necesidades básicas, de acuerdo con su edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de vida.

Autonomía. Capacidad física e intelectual de la persona que le permiten satisfacer las necesidades básicas por ella misma. **No hay autonomía cuando:**

- Por su edad/etapa de desarrollo, aún no ha desarrollado sus facultades para realizar por sí misma las actividades necesarias para satisfacer sus necesidades básicas.
- Ha perdido temporal o definitivamente, en su totalidad o parcialmente, la capacidad de realizar las acciones necesarias para satisfacer sus necesidades básicas.

Metaparadigma

Salud: Estado de bienestar físico, mental y social. La salud es una cualidad de la vida. La salud es básica para el funcionamiento del ser humano. Requiere independencia e interdependencia.

Entorno: Los individuos sanos son capaces de controlar su entorno, pero la enfermedad puede interferir en tal capacidad.

Persona: Individuo total que cuenta con catorce necesidades fundamentales. La persona debe mantener un equilibrio fisiológico y emocional. La mente y el cuerpo de la persona son inseparables. El paciente requiere ayuda para ser independiente.

Enfermería: La función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.

Paciente: María, una mujer de ochenta años, con antecedentes de artritis reumatoide y osteoporosis. Al ingresar a la consulta, presenta dolor intenso en las articulaciones, dificultad para moverse y una caída reciente que resultó en una fractura de cadera. Revisión clínica o valoración: La enfermera observa que María tiene movilidad limitada, signos de inflamación en las articulaciones y necesita ayuda para realizar actividades diarias básicas. ¿Según la teoría de Virginia Henderson, cuál sería el enfoque principal de la enfermera en la atención de María?

Respuestas

- a) Proporcionar educación sobre la administración de medicamentos para el dolor.
- b) Ayudar al paciente a moverse de manera segura y prevenir nuevas caídas.
- c) Brindar apoyo emocional para mejorar su bienestar psicológico.

Paciente: María, una mujer de ochenta años, con antecedentes de artritis reumatoide y osteoporosis. Al ingresar a la consulta, presenta dolor intenso en las articulaciones, dificultad para moverse y una caída reciente que resultó en una fractura de cadera. Revisión clínica o valoración: La enfermera observa que María tiene movilidad limitada, signos de inflamación en las articulaciones y necesita ayuda para realizar actividades diarias básicas. ¿Según la teoría de Virginia Henderson, cuál sería el enfoque principal de la enfermera en la atención de María?

Respuestas

- a) Proporcionar educación sobre la administración de medicamentos para el dolor.
- b) **Ayudar al paciente a moverse de manera segura y prevenir nuevas caídas.**
- c) Brindar apoyo emocional para mejorar su bienestar psicológico.

Según la teoría de Virginia Henderson, uno de los componentes fundamentales o necesidades del paciente en el cuidado de enfermería es ayudar al paciente a moverse y mantener una postura adecuada. Dada la condición de María, que incluye una fractura reciente y movilidad limitada, es esencial priorizar su seguridad y prevenir nuevas caídas, lo que implica asistirle en su movilidad y asegurarse de que su entorno sea seguro para evitar más lesiones.

Teoría del déficit del autocuidado

La teoría del déficit de autocuidado es una teoría general compuesta por las siguientes tres teorías relacionadas:

- **La teoría de autocuidado**, que describe el porqué y el cómo las personas cuidan de sí mismas.
- **La teoría del déficit de autocuidado**, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a las personas.
- **La teoría de sistemas enfermeros**, que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

Teoría del Autocuidado

"Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad"

El autocuidado se debe aprender y se debe desarrollar de manera deliberada y continua, y conforme con los requisitos reguladores de cada persona. Estos requisitos están asociados con sus períodos de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características específicas de la salud o estados de desarrollo, niveles de desgaste de energía y factores medioambientales.

Teoría del autocuidado

Requisitos del autocuidado: Son una serie de acciones, objetivos o resultados que el individuo debería alcanzar o realizar para mantener su autocuidado. Define tres tipos de RAC:

1. **Universales:** Comunes en todos los individuos, forman parte de la condición vital de la persona.
2. **De desarrollo:** Derivados de las necesidades específicas y que están relacionados con los distintos momentos del ciclo vital
3. **De las desviaciones del estado de salud**

Orem dice que, no todos los individuos van a tener las mismas demandas de autocuidado ni capacidades para cubrirlos debido a **Factores Condicionantes Básicos** (FCB): edad, sexo, estado de desarrollo, salud, factores ambientales, factores familiares, factores socioculturales, patrón de vida/rol, factores del sistema de salud y disponibilidad y adecuación de los recursos.

Requisitos del autocuidado

Universales	De desarrollo	Desviación de la salud
Mantenimiento de la respiración, agua y alimentos.	A. Soporte y promoción de los procesos vitales, incluyendo: embarazo, nacimiento, neonatos, lactancia, infancia, adolescencia, y edad adulta.	Asistencia médica segura cuando esté expuesto a patología
Mantenimiento del equilibrio entre el reposo y la actividad y entre la soledad e interacción social.		Atención a los resultados del estado patológico
Proporción de cuidados asociados con la eliminación		Terapia médica para prevenir o tratar la patología
Prevención de peligros.		Atención a los efectos molestos

Requisitos del autocuidado

Universales	De desarrollo	Desviación de la salud
Promoción del funcionamiento y desarrollo humano de acuerdo con el potencial, limitaciones y normalidad.	B. Proporcionar cuidados en privación educacional, desadaptación social, pérdida de familia, amigos, posesiones y seguridad, cambio de ambiente, problema de estatus, mala salud o condiciones de vida, enfermedad terminal.	Modificación de la autoimagen para aceptar los cuidados
Mantenimiento del equilibrio entre el reposo y la actividad y entre la soledad e interacción social.		Aprender a vivir con la patología

Teoría del déficit del autocuidado

Existe un déficit de autocuidado cuando la demanda de acción es mayor que la capacidad de la persona para actuar.

Dorothea E Orem usa la palabra **agente de autocuidado** para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado. **La agencia de autocuidado** es la capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado. Los individuos que saben satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidad de autocuidado. En otros, la agencia de autocuidado está aún desarrollándose, como en los niños. Otros individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que no funciona. Por ejemplo cuando el temor y la ansiedad impiden la búsqueda de ayuda aunque la persona sepa que la necesita.

Teoría de los sistemas enfermeros

Secuencia de acciones prácticas deliberadas que llevan a cabo las enfermeras con el propósito de ayudar a la persona a adoptar una actitud responsable frente a sus autocuidados.

Totalmente compensatorio	Parcialmente compensatorio	Educativo de apoyo
Realiza el autocuidado	Realiza algunas de las medidas de autocuidado	Realiza el cuidado terapéutico del paciente
Regula el ejercicio y desarrollo de la acción de autocuidado	Compensa las limitaciones del paciente	Compensa la capacidad del paciente para realizar el autocuidado
	Ayuda al paciente en lo que necesite	Apoya y protege al paciente
Hacer por el otro	Hacer con el otro	Dejar a hacer al otro

Paciente: Luis, un hombre de sesenta y cinco años, con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y diabetes tipo dos. Al ingresar a la consulta, presenta dificultad para respirar, niveles elevados de glucosa y una herida en el pie que no cicatriza bien. Revisión clínica o valoración: La enfermera observa que Luis tiene problemas para manejar su diabetes, signos de infección en la herida del pie y necesita ayuda para entender y seguir su régimen de tratamiento para la EPOC. ¿Según la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, cuál sería el enfoque principal de la enfermera en la atención de Luis?

Respuestas

- Proporcionar educación sobre el manejo de la dieta y la administración de insulina.
- Ayudar al paciente a realizar ejercicios respiratorios para mejorar la función pulmonar.
- Brindar apoyo emocional para lidiar con el estrés de su condición crónica.

Paciente: Luis, un hombre de sesenta y cinco años, con antecedentes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y diabetes tipo dos. Al ingresar a la consulta, presenta dificultad para respirar, niveles elevados de glucosa y una herida en el pie que no cicatriza bien. Revisión clínica o valoración: La enfermera observa que Luis tiene problemas para manejar su diabetes, signos de infección en la herida del pie y necesita ayuda para entender y seguir su régimen de tratamiento para la EPOC. ¿Según la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, cuál sería el enfoque principal de la enfermera en la atención de Luis?

Respuestas

- a) Proporcionar educación sobre el manejo de la dieta y la administración de insulina.**
- b) Ayudar al paciente a realizar ejercicios respiratorios para mejorar la función pulmonar.
- c) Brindar apoyo emocional para lidiar con el estrés de su condición crónica.

Según la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, uno de los elementos clave es que el paciente debe tener la capacidad de cuidar de sí mismo, especialmente en términos de necesidades terapéuticas como la administración de insulina y el manejo de la dieta para controlar su diabetes. En el caso de Luis, es crucial que reciba la educación adecuada para manejar su condición crónica, ya que esto permitirá que participe activamente en su autocuidado y, como resultado, mejorar su salud general y prevenir complicaciones.

Modelo de adaptación

Propone un modelo de adaptación para la persona que consiste en reaccionar positivamente ante los cambios producidos en su entorno. Se centra en cómo los seres humanos se adaptan a los estímulos ambientales y cómo los enfermeros pueden ayudar en el proceso de adaptación.

Ve al individuo como un conjunto de sistemas interrelacionados que mantienen un equilibrio entre varios estímulos.

El objetivo de la enfermería es ayudar al paciente a adaptarse a su entorno.

Este modelo esta comprendido por estímulos:
Focales, Contextuales, residuales.

Modelo de adaptación

Hay cuatro componentes que influyen en la respuesta de una persona a los cambios en su entorno:

Estímulos: son los cambios que ocurren en el entorno de una persona y pueden ser físicos, psicológicos o sociales.

Procesos de adaptación: son los mecanismos que una persona utiliza para responder a los estímulos del entorno y mantener su equilibrio. (Regulador y relacionador)

Modos de adaptación: son las formas en que una persona se adapta a los estímulos del entorno y pueden ser fisiológicos, psicológicos o sociales.

Resultados de la adaptación: son los cambios que ocurren en la persona como resultado de su capacidad para adaptarse a los estímulos del entorno.

Se consigue la adaptación cuando la persona reacciona de modo positivo ante los cambios que se producen en su entorno. Esta respuesta de adaptación estimula la integridad de la persona, lo que la conduce a tener una buena salud.

Los 4 Modos de adaptación

Modo fisiológico: se centra en la manera en que los seres humanos reaccionan ante su entorno por medio de procesos fisiológicos con el fin de cubrir las necesidades básicas de respirar, alimentarse, eliminar, moverse, descansar y protegerse.

Modo de autoconcepto:

El autoconcepto grupal se centra en la necesidad de saber quién es uno mismo y cómo se debe actuar en la sociedad. Roy define el concepto de autoestima como «el conjunto de creencias y sentimientos que un individuo tiene de sí mismo en un momento determinado»

El autoconcepto individual se compone del yo físico (el aspecto físico y la imagen del cuerpo) y del yo personal (la coherencia y el ideal de uno mismo, y la identidad moral, ética y espiritual).

Modos de adaptación

Modo de rol: La función del rol describe los roles primario, secundario y terciario que desempeña el individuo en la sociedad. El rol describe las expectativas que se tienen de cómo actuará un individuo frente a otro.

Este modo de adaptación incluye el desempeño de roles sociales, como el rol de padre, hijo, amigo, trabajador, entre otros. Los enfermeros pueden ayudar en este modo de adaptación proporcionando apoyo emocional y educación sobre cómo adaptarse a situaciones sociales y culturales cambiantes.

Modo Interdependiente:

Trata sobre las interacciones de la gente en la sociedad. La principal labor del modo de adaptación de la interdependencia en las personas es dar y recibir amor, respeto y valores. Los componentes más importantes del modo de adaptación de la interdependencia son las personas más allegadas (pareja, hijos, amigos y Dios) y su sistema de apoyo social.

Modos de adaptación

Para aplicar el **modelo** de Callista Roy, es necesario seguir una **serie de pasos**:

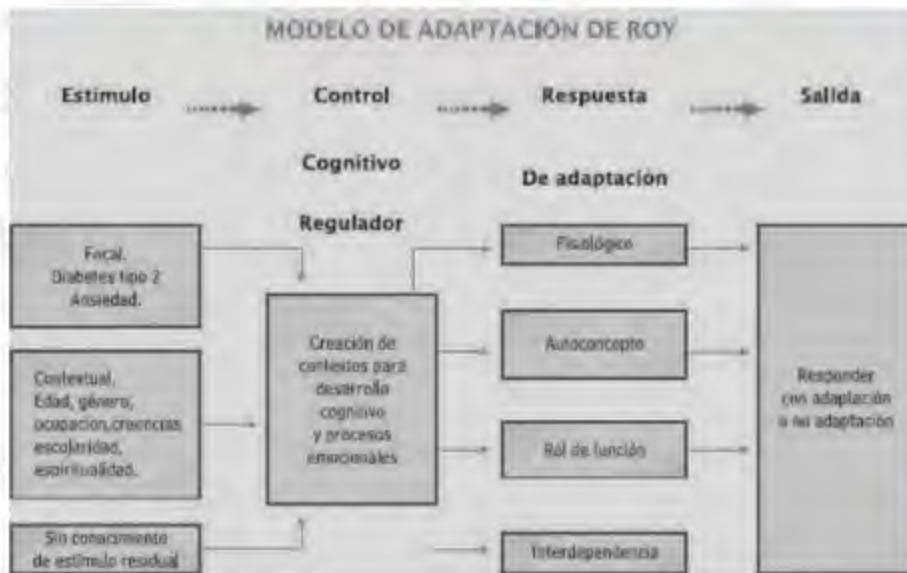
- Evaluar al paciente en función de los cuatro modos adaptativos.
- Identificar los estímulos que están afectando la adaptación del paciente.
- Crear un plan de cuidados personalizado para el paciente, basado en los estímulos identificados y los procesos adaptativos necesarios.
- Implementar el plan de cuidados, utilizando técnicas específicas para cada modo adaptativo.
- Evaluar regularmente la efectividad del plan de cuidados y realizar ajustes según sea necesario.

Modos de adaptación

Además de estos pasos, es importante tener en cuenta algunos **aspectos clave** a la hora de aplicar este modelo:

- La enfermería debe centrarse en el paciente como un todo, teniendo en cuenta sus necesidades **físicas, psicológicas, socioculturales y espirituales**.
- Es importante establecer una relación terapéutica con el paciente, basada en la confianza y el respeto mutuo.
- La enfermería debe utilizar técnicas específicas para fomentar la adaptación del paciente, como la educación para la salud, el apoyo emocional y la promoción de la independencia.

Modos de adaptación



Modos de adaptación – Conceptos principales

Persona

Según Roy, los humanos son seres holísticos que interactúan constantemente con su entorno. Los seres humanos utilizan un sistema de adaptación, tanto innato como adquirido, para responder a los estímulos ambientales que experimentan. Los sistemas humanos pueden ser individuos o grupos, como familias, organizaciones y toda la comunidad global.

Entorno

“Las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de personas o grupos, con especial consideración de la reciprocidad de la persona y los recursos de salud que incluye estímulos focales, contextuales y residuales”.

Modos de adaptación – Conceptos principales

Salud

La salud no es estar libre de la inevitabilidad de la muerte, la enfermedad, la infelicidad y el estrés, sino la capacidad de enfrentarlos de manera competente”.

Enfermería

El objetivo de la enfermería es la promoción de la adaptación de individuos y grupos en cada uno de los cuatro modos de adaptación, contribuyendo así a la salud, la calidad de vida y a morir con dignidad”.

Paciente: Ana, una mujer de cuarenta y cinco años, con antecedentes de cáncer de mama en remisión. Al ingresar a la consulta, presenta ansiedad, fatiga crónica y dificultades para adaptarse a su nueva realidad postratamiento. Revisión clínica o valoración: La enfermera observa que Ana tiene dificultades para manejar el estrés, muestra signos de depresión y lucha con su identidad y roles familiares debido a los cambios provocados por la enfermedad. ¿Según la teoría de Sor Callista Roy, cuál sería el enfoque principal de la enfermera en la atención de Ana?

Respuestas

- a) Proporcionar apoyo emocional y técnicas de manejo del estrés.
- b) Ayudar al paciente a mejorar su condición física a través de ejercicios adecuados.
- c) Brindar educación sobre la dieta y hábitos saludables post-tratamiento.

Paciente: Ana, una mujer de cuarenta y cinco años, con antecedentes de cáncer de mama en remisión. Al ingresar a la consulta, presenta ansiedad, fatiga crónica y dificultades para adaptarse a su nueva realidad postratamiento. Revisión clínica o valoración: La enfermera observa que Ana tiene dificultades para manejar el estrés, muestra signos de depresión y lucha con su identidad y roles familiares debido a los cambios provocados por la enfermedad. ¿Según la teoría de Sor Callista Roy, cuál sería el enfoque principal de la enfermera en la atención de Ana?

Respuestas

- a) Proporcionar apoyo emocional y técnicas de manejo del estrés.**
- b) Ayudar al paciente a mejorar su condición física a través de ejercicios adecuados.
- c) Brindar educación sobre la dieta y hábitos saludables post-tratamiento.

Según la teoría de los modos de adaptación de Sor Callista Roy, uno de los aspectos fundamentales es ayudar al paciente a adaptarse de manera efectiva a los cambios y desafíos que enfrenta, utilizando estrategias de afrontamiento adecuadas. En el caso de Ana, quien lucha con la ansiedad, el estrés y su nueva identidad post-tratamiento, la prioridad de la enfermera debería ser proporcionar apoyo emocional y enseñarle técnicas de manejo del estrés para facilitar su adaptación y mejorar su bienestar psicológico y emocional.

Seres humanos unitarios

La teoría de Martha Rogers es conocida como la **Ciencia de los Seres Humanos Unitarios (SUHB)**. La teoría considera a la enfermería como una ciencia y un arte, ya que proporciona una forma de ver al ser humano unitario, que es parte integral del universo.

Rogers afirmaba que los seres humanos son campos de energía dinámicos, integrados en los campos del entorno. Ambos tipos de campos, el humano y el de entorno, obedecen a un patrón y se distinguen por su condición de sistemas abiertos.

Seres humanos unitarios – Principales conceptos

Campo de energía

Es la unidad fundamental tanto de lo vivo como de lo no vivo. Proporciona una forma de ver a las personas y el medio ambiente como totalidades irreductibles. Los campos de energía varían continuamente en intensidad, densidad y extensión. En concreto, los seres humanos y su entorno son **campos de energía»**

El universo de sistemas abiertos

El concepto del universo de sistemas abiertos sostiene que los campos de energía son infinitos, abiertos y se integran entre sí. Los campos del ser humano y de su entorno se hallan en continuo proceso y son sistemas abiertos.

Seres humanos unitarios – Principales conceptos

El patrón

El patrón identifica los campos de energía. Es la característica distintiva de un campo de energía y se percibe como un único movimiento. La naturaleza del patrón cambia de forma continua e innovadora, y estos cambios dan identidad al campo de energía.

Las manifestaciones emergen como un proceso mutuo entre el ser humano y su entorno. El patrón es algo abstracto y se revela por medio de las manifestaciones. La sensación de identidad de uno mismo es una manifestación del campo, cuya naturaleza pertenece solo a un individuo.

Seres humanos unitarios – Principales conceptos

Pandimensionalidad

La pandimensionalidad se define como un «dominio no lineal sin atributos espaciales o temporales». Los parámetros humanos para describir eventos son arbitrarios y el presente es relativo; no hay una ordenación temporal de las vidas.

El ser humano existe y funciona en múltiples dimensiones simultáneamente permitiendo una perspectiva holística de salud y bienestar.

Por ejemplo, una enfermera podría tener una intuición sobre el estado de salud de un paciente que no es evidente mediante métodos físicos tradicionales. Esta intuición puede ser considerada una manifestación de la pandimensionalidad, donde la enfermera capta información y energía de dimensiones adicionales que influyen en la percepción de la situación del paciente.

Seres humanos unitarios – Principales conceptos

Principios de la homeodinámica

Hemodinámico se refiere a la naturaleza continua, dinámica y en constante cambio de la interacción entre los seres humanos y su entorno. Este principio considera que la salud y el bienestar son procesos dinámicos en los que las personas y su entorno se influyen mutuamente de manera recíproca.

Los tres principios de la homeodinámica son **resonancia, hélice e integralidad**.

Seres humanos unitarios – Principales conceptos

Principios de la homeodinamica

Principio de resonancia: Habla de la naturaleza del cambio que ocurre entre los campos humanos y ambientales. El proceso de vida en los seres humanos es una sinfonía de vibraciones rítmicas que oscilan en varias frecuencias.

Identifica el campo humano y el campo ambiental por patrones de ondas que manifiestan un cambio continuo de ondas más largas de menor frecuencia a ondas más cortas de mayor frecuencia.

Seres humanos unitarios – Principales conceptos

Principios de la homeodinamica

Principio de Helicidad: El campo humano-ambiental es un sistema dinámico y abierto en el que el cambio es continuo debido al constante intercambio entre el ser humano y el medio ambiente.

Este cambio también es innovador. Debido al intercambio constante, un sistema abierto nunca es el mismo en dos momentos cualesquiera; más bien, es continuamente nuevo o diferente.



Seres humanos unitarios – Principales conceptos

Principios de la homeodinamica

Principio de Integralidad: Pone de relieve el proceso mutuo y continuo de la persona y su entorno. Debido a la inseparabilidad de los seres humanos y su entorno, los cambios secuenciales en los procesos de la vida son revisiones continuas que ocurren a partir de las interacciones entre los seres humanos y su entorno.

Entre las dos entidades, existe una interacción mutua constante y un cambio mutuo mediante el cual se produce un moldeado simultáneo al mismo tiempo.

Seres humanos unitarios – Principales conceptos

Rogers señaló cinco supuestos que sirven también como afirmaciones teóricas que apoyan su modelo, derivado de la bibliografía que trata de los seres humanos, la física, las matemáticas y las ciencias del comportamiento:

1. «El hombre es un todo unido que posee su integridad y características evidentes, lo que le convierte en algo más que la suma de las partes que lo componen» (campo de energía).
2. «El hombre y su entorno están intercambiando continuamente situaciones y energía» (sistemas abiertos).
3. «El proceso vital evoluciona de manera irreversible y unidireccional a través del continuo espacio-tiempo» (helicidad).

Seres humanos unitarios – Principales conceptos

Rogers señaló cinco supuestos que sirven también como afirmaciones teóricas que apoyan su modelo, derivado de la bibliografía que trata de los seres humanos, la física, las matemáticas y las ciencias del comportamiento:

4. «El patrón y la organización identifican al hombre y lo reflejan en toda su totalidad innovadora» (patrón y organización).
5. «El hombre se caracteriza por su capacidad de abstracción, de representar imágenes, de lenguaje y pensamiento, de sensación y emoción» (ser sensible y pensante)

Seres humanos unitarios – Principales Premisas

Enfermería: Se centra en el interés por las personas y por el mundo en que viven, papel que encaja a la perfección con la enfermería, puesto que abarca a las personas y al entorno en que viven.

Persona: como un sistema abierto en proceso continuo con el sistema abierto, que es su entorno (integración). Describe al ser humano unitario como un «campo de energía irreductible, indivisible y pandimensional que se puede identificar gracias al modelo y a las características evidentes, que son específicas de todo el conjunto»

Seres humanos unitarios – Principales Premisas

Salud: como una expresión del proceso vital. Las características y el comportamiento provenientes de la interacción mutua y simultánea de los campos humano y ambiental y la salud y la enfermedad son parte del mismo continuo. Los múltiples eventos que ocurren durante el proceso de vida muestran cómo una persona está alcanzando su máximo potencial de salud.

Entorno: como «un campo de energía irreducible y pandimensional que se identifica por el modelo y por las características evidentes, diferentes de las de las partes. Cada campo del entorno es específico para su campo humano. Ambos cambian de un modo continuado y creativo»

Seres humanos unitarios – Principales Premisas

Paciente: Carlos, un hombre de cincuenta años, con antecedentes de hipertensión y reciente diagnóstico de insuficiencia renal crónica. Al ingresar a la consulta, presenta fatiga, hinchazón en las piernas y preocupación por los cambios en su calidad de vida. Revisión clínica o valoración: La enfermera observa que Carlos está ansioso sobre su condición, tiene problemas para seguir su dieta y régimen de tratamiento, y se siente desconectado de sus actividades y relaciones cotidianas. ¿Según la teoría de los seres humanos unitarios de Martha Rogers, cuál sería el enfoque principal de la enfermera en la atención de Carlos?

Respuestas

- a) Proporcionar educación sobre la importancia de seguir su régimen de tratamiento y dieta.
- b) Ayudar al paciente a integrarse y participar en actividades que promuevan su bienestar.
- c) Brindar técnicas de relajación para reducir la hinchazón en las piernas.

Seres humanos unitarios – Principales Premisas

Paciente: Carlos, un hombre de cincuenta años, con antecedentes de hipertensión y reciente diagnóstico de insuficiencia renal crónica. Al ingresar a la consulta, presenta fatiga, hinchazón en las piernas y preocupación por los cambios en su calidad de vida. Revisión clínica o valoración: La enfermera observa que Carlos está ansioso sobre su condición, tiene problemas para seguir su dieta y régimen de tratamiento, y se siente desconectado de sus actividades y relaciones cotidianas. ¿Según la teoría de los seres humanos unitarios de Martha Rogers, cuál sería el enfoque principal de la enfermera en la atención de Carlos?

Respuestas

- a) Proporcionar educación sobre la importancia de seguir su régimen de tratamiento y dieta.
- b) Ayudar al paciente a integrarse y participar en actividades que promuevan su bienestar.**
- c) Brindar técnicas de relajación para reducir la hinchazón en las piernas.

Seres humanos unitarios – Principales Premisas

Según la teoría de los seres humanos unitarios de Martha Rogers, el enfoque de la enfermería es ayudar a las personas a alcanzar su máximo potencial y armonía con su entorno.

En el caso de Carlos, es fundamental que la enfermera lo ayude a integrarse y participar en actividades que promuevan su bienestar y sentido de conexión, mejorando así su calidad de vida y su percepción de salud como un proceso continuo de interacción con el entorno. Mientras la educación sobre el tratamiento y las técnicas de relajación son importantes, la prioridad en esta teoría es promover una interacción armoniosa entre el paciente y su entorno.

Patrones funcionales de Marjory Gordon

Marjory Gordon fue especialmente conocida por crear el modelo diagnóstico para enfermería conocido como patrones funcionales. Consiste en una lista de actividades y comportamientos que contribuyen a la salud y la calidad de vida de las personas.

1. Percepción de la salud
2. Nutrición y metabolismo
3. Eliminación
4. Actividad y ejercicio
5. Sueño y descanso
6. Cognición y percepción

7. Autopercepción y auto concepto
8. Rol y relaciones
9. Sexualidad y reproducción
10. Tolerancia al estrés
11. Valores y creencias

Patrón 1. Percepción y control de la salud

Busca determinar con unas pocas preguntas el grado de preocupación de la salud por parte del paciente, además de investigar sobre sus hábitos y su nivel actual de bienestar.

Incluye: Estilos de vida, prácticas de promoción de la salud y de prevención de riesgos, prescripciones médicas y enfermería.

Patrón 2. Nutricional y metabolismo

Se centra en examinar la cantidad de nutrientes y calorías que el paciente ingiere y su relación con las cantidades diarias que necesita.

Incluye: Horarios de comida, preferencias y suplementos, problemas de ingesta, altura, peso, condiciones de piel, mucosas y membranas.

Patrón 3. Eliminación

Investiga el correcto funcionamiento del aparato excretor del cuerpo, es decir, la orina, sudor y funciones del intestino

Incluye: Patrón de eliminación intestinal, eliminación vesical, eliminación a través de la piel.

Patrón 4. Actividad y ejercicio

El nivel de actividad física del paciente ya sea el ejercicio que puede hacer conscientemente como en las tareas diarias, trata de saber más sobre la energía que tiene el individuo en sus actividades diarias.

Incluye: Actividades de la vida diaria y recreativa, cantidad y tipo de ejercicios, deportes, factores que interfieren en las actividades deseadas.

Patrón 5. Sueño y Descanso

Se centra en los patrones del sueño y descanso del paciente, suficiente energía al levantarse, problemas para dormir o si duerme las horas necesarias.

Incluye: Cantidad y calidad percibida del sueño y reposo, ayudas para el sueño y descanso.

Patrón 6. Cognición y percepción

La habilidad del paciente para percibir los elementos de su entorno mediante los cinco sentidos, así como el tomar decisiones, instrucciones y usar la memoria.

Incluye: Situación de los sentidos sensoriales, utilización de sistemas de compensación o prótesis.

Patrón 7. Autopercepción y Auto concepto

Tiene que ver en la manera en que se ve el individuo ¿Cree en sí mismo? ¿Cómo se siente con su cuerpo, sus emociones o su forma de ser?

Incluye: Actitud de la persona hacia si misma, imagen corporal y patrón emocional, patrón de comunicación no verbal y verbal.

Patrón 8. Rol y relaciones

Las relaciones interpersonales son de las más importantes en la vida de la persona y con los de su entorno por ejemplo ¿Cómo se lleva con su familia, en el trabajo o estudio?

Incluye: Percepción de las responsabilidades de su rol, satisfacción con la familia, trabajo y relacione sociales.

Patrón 9. Sexualidad y reproducción

Los patrones de satisfacción o insatisfacción de la sexualidad, alteraciones en la sexualidad o en la relación sexual, patrón reproductivo pre menopausia y posmenopausia, problemas percibidos por la persona.

Incluye: Trastornos de la sexualidad, problemas de etapa reproductiva mujer.

Patrón 10. Tolerancia al estrés

Estudia niveles de estrés de los pacientes, tanto su forma de enfrentarse a las situaciones vitales complicadas como las situaciones difíciles.

Incluye: Capacidad de resistencia de la persona a los ataques de integridad y situaciones estresantes, manejo del estrés, sistemas de soporte y ayuda.

Patrón 11. Valores y creencias

Se encarga de estudiar la manera en la que el paciente se enfrenta a la vida y se relaciona con el mundo y consigo mismo.

Incluye:

Cosas percibida como importantes en la vida,
conflicto con los valores o creencia importantes,
expectativas relacionadas con salud.



Paciente: Laura, una mujer de setenta y dos años, con antecedentes de artritis y enfermedad cardíaca. Al ingresar a la consulta, presenta dolor en las articulaciones, fatiga constante y dificultad para realizar actividades diarias. Revisión clínica o valoración: La enfermera observa que Laura tiene movilidad limitada, dificultad para dormir debido al dolor, y problemas para mantener una dieta equilibrada. Además, Laura muestra signos de aislamiento social debido a su condición. ¿Según los 11 patrones funcionales de Marjorie Gordon, cuál sería el enfoque principal de la enfermera en la atención de Laura?

Respuestas

- Evaluar y mejorar el patrón de actividad-ejercicio para aumentar su movilidad.
- Brindar apoyo emocional para reducir el aislamiento social.
- Ayudar al paciente a mejorar su patrón de sueño-descanso para aliviar la fatiga.

Paciente: Laura, una mujer de setenta y dos años, con antecedentes de artritis y enfermedad cardíaca. Al ingresar a la consulta, presenta dolor en las articulaciones, fatiga constante y dificultad para realizar actividades diarias. Revisión clínica o valoración: La enfermera observa que Laura tiene movilidad limitada, dificultad para dormir debido al dolor, y problemas para mantener una dieta equilibrada. Además, Laura muestra signos de aislamiento social debido a su condición. ¿Según los 11 patrones funcionales de Marjorie Gordon, cuál sería el enfoque principal de la enfermera en la atención de Laura?

Respuestas

- a) Evaluar y mejorar el patrón de actividad-ejercicio para aumentar su movilidad.**
- b) Brindar apoyo emocional para reducir el aislamiento social.
- c) Ayudar al paciente a mejorar su patrón de sueño-descanso para aliviar la fatiga.

Según los 11 patrones funcionales de Marjorie Gordon, el patrón de actividad-ejercicio es crucial para evaluar cómo la persona se mueve y realiza sus actividades diarias.

En el caso de Laura, mejorar su movilidad no solo aliviará su dolor articular y fatiga, sino que también le permitirá participar más activamente en sus actividades diarias y sociales, lo que podría ayudar a reducir su aislamiento. Evaluar y trabajar en este patrón funcional puede tener un impacto positivo en varios aspectos de su salud y bienestar.



Modelo humanista del cuidado Teoría del cuidado transpersonal

La Filosofía y ciencia del cuidado de Watson se ocupa de cómo las enfermeras expresan el cuidado de sus pacientes. Su teoría hace hincapié en los aspectos humanísticos de la enfermería, ya que se entrelazan con el conocimiento científico y la práctica de enfermería.

“La enfermería se ocupa de promover la salud, prevenir enfermedades, cuidar a los enfermos y restaurar la salud”. Se centra en la promoción de la salud, así como en el tratamiento de enfermedades.

Según Watson, el cuidado es fundamental para la práctica de enfermería y promueve la salud mejor que una simple cura médica.

Teoría del cuidado transpersonal

La base de la teoría de Watson es la práctica enfermera en los siguientes **10 factores de cuidados**. Cada uno de ellos tiene un componente fenomenológico relativo a los individuos implicados en la relación que abarca la enfermería.

La teoría de Watson permite plantear una filosofía de cuidados, un lenguaje propio y una relación entre teoría y práctica que revitaliza aspectos perdidos de la enfermería: **el alma (espíritu, o interior de sí)**

Formación de un sistema humanístico-altruista de valores

Los valores humanísticos y altruistas se aprenden pronto en la vida, pero pueden recibir una gran influencia por parte de las enfermeras-educadores. Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo

Teoría del cuidado transpersonal

Inculcación de la fe-esperanza

Este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción del cuidado enfermero holístico y del cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermera-paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas que buscan la salud.

Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás

El reconocimiento de los sentimientos lleva a la autoactualización a través de la autoaceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sus sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás

Teoría del cuidado transpersonal

Desarrollo de una relación de ayuda-confianza

Los cuidados sean auténticos y se basen en una confianza mutua. Para ello es preciso que la enfermera vea al paciente como ser humano y no como objeto de sus cuidados. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz

Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos

El hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como para el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.

Teoría del cuidado transpersonal

Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones

El uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico de solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como la ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a la sistematización y a la organización.

Promoción de la enseñanza-aprendizaje interpersonal

Este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente esté informado y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza-aprendizaje diseñadas para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer oportunidades para su crecimiento persona.

Teoría del cuidado transpersonal

Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual

Las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos relevantes para el **entorno interno** incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras **variables externas** como la comodidad, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas

Satisfacción de las necesidades básicas, procurando un cuidado humano como si el paciente fuera un ser único en todos los aspectos del cuidar.

Teoría del cuidado transpersonal

Permisi3n de fuerzas existenciales-fenomenol3gicas

Necesidades espirituales y existenciales de la vida y de la muerte, cuidando tanto el alma del que cuida como la del cuidado. Este 3ltimo factor nos acerca al fen3meno de lo desconocido, todo aquello que no se puede explicar cient3ficamente.

-Watson cree que la responsabilidad de las enfermeras tiene que ir m3s all3 de los 10 factores de cuidado y facilitar el desarrollo en el 3rea de promoci3n de la salud mediante las acciones preventivas de salud.

-Los factores ofrecen a las enfermeras un marco conceptual capaz de entender la experiencia del paciente y, como consecuencia, facilitarle unos **cuidados t3cnicos y humanos** que sean favorables para obtener unos resultados positivos.

Teoría del cuidado transpersonal Conceptos principales

Medio Ambiente

“El cuidado (y la enfermería) ha existido en todas las sociedades. Cada sociedad ha tenido algunas personas que se han preocupado por los demás. Una actitud solidaria no se transmite de generación en generación por los genes. La cultura de la profesión la transmite como una forma única de enfrentarse a su entorno.”

Ser Humano

El ser humano es una persona valiosa que debe ser cuidada, respetada, nutrida, comprendida y asistida; en general, una visión filosófica de una persona como un yo integrado completamente funcional. Un ser humano es visto como mayor y diferente de la suma de sus partes.

Teoría del cuidado transpersonal Conceptos principales

Salud

La salud es la unidad y la armonía dentro de la mente, el cuerpo y el alma; la salud está asociada con el grado de congruencia entre el yo y el yo tal como se experimenta. Se define como un alto nivel de funcionamiento general físico, mental y social; un nivel general de mantenimiento adaptativo del funcionamiento diario; y la ausencia de enfermedad, o la presencia de esfuerzos que conducen a la ausencia de enfermedad.

Enfermería

La enfermería es una ciencia humana de las personas y de las experiencias humanas de salud-enfermedad mediada por transacciones de cuidado humano profesional, personal, científico, estético y ético.

Paciente: Teresa, una mujer de cincuenta y cinco años, que recientemente ha sido diagnosticada con cáncer de mama. Al ingresar a la consulta, presenta miedo, ansiedad y una sensación de pérdida de control sobre su vida. Revisión clínica o valoración: La enfermera observa que Teresa está emocionalmente angustiada, tiene dificultades para aceptar su diagnóstico y muestra signos de aislamiento social. Teresa también expresa preocupaciones sobre el impacto del tratamiento en su identidad y calidad de vida. **¿Según la teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson, cuál sería el enfoque principal de la enfermera en la atención de Teresa?**

Respuestas

- a) Proporcionar información detallada sobre el tratamiento y sus efectos secundarios.
- b) Brindar apoyo emocional y crear un ambiente de cuidado y compasión.
- c) Ayudar al paciente a establecer una rutina de ejercicio para mejorar su bienestar físico.

Paciente: Teresa, una mujer de cincuenta y cinco años, que recientemente ha sido diagnosticada con cáncer de mama. Al ingresar a la consulta, presenta miedo, ansiedad y una sensación de pérdida de control sobre su vida. Revisión clínica o valoración: La enfermera observa que Teresa está emocionalmente angustiada, tiene dificultades para aceptar su diagnóstico y muestra signos de aislamiento social. Teresa también expresa preocupaciones sobre el impacto del tratamiento en su identidad y calidad de vida. **¿Según la teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson, cuál sería el enfoque principal de la enfermera en la atención de Teresa?**

Respuestas

- a) Proporcionar información detallada sobre el tratamiento y sus efectos secundarios.
- b) Brindar apoyo emocional y crear un ambiente de cuidado y compasión.**
- c) Ayudar al paciente a establecer una rutina de ejercicio para mejorar su bienestar físico.

Según la teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson, el enfoque principal de la enfermera es establecer una conexión auténtica y compasiva con el paciente, promoviendo un ambiente de cuidado que nutra tanto el cuerpo como el espíritu.

En el caso de Teresa, quien enfrenta miedo y ansiedad debido a su diagnóstico de cáncer, proporcionar apoyo emocional y crear un ambiente de cuidado y compasión es crucial para ayudarla a encontrar un sentido de paz y aceptación. Este enfoque transpersonal va más allá de los aspectos físicos del cuidado, reconociendo la importancia de la conexión humana en el proceso de curación.

El Modelo de los Sistemas de Neuman ha encontrado numerosas aplicaciones. Se utiliza para evaluar las necesidades del paciente, identificar los factores de estrés y desarrollar intervenciones personalizadas para mantener o recuperar la salud del paciente.

El modelo de **sistemas de Neuman** es un planteamiento de sistemas **dinámico y abierto** para el cuidado del cliente, originalmente creado para proporcionar un centro unificador con la intención de definir el **problema de la enfermería** y entender al cliente cuando **interacciona con el entorno**.

Los conceptos principales identificados en el modelo son:

- Visión integral, sistema abierto (incluyendo función, entrada y salida, retroalimentación, negentropía y estabilidad),
- Entorno (incluido el entorno creado),
- Sistema cliente (incluidas las cinco variables, estructura básica, líneas de resistencia, línea normal de defensa y línea flexible de defensa),
- Salud (de bienestar a enfermedad),
- Elementos estresantes, grado de reacción,
- Prevención como intervención (tres niveles) y
- Reconstitución

Modelo de Sistemas

Sistema Abierto

Un sistema es abierto cuando existe un flujo continuo de entradas y procesos, salidas y retroalimentación. El estrés y la reacción al estrés son elementos básicos de un sistema abierto.

Función o proceso

El cliente es un sistema que intercambia energía, información y materia con el entorno, así como con otras partes y subpartes del sistema, mientras utiliza recursos energéticos disponibles para moverse hacia la estabilidad y la integración.

Entrada y Salida

Para el cliente como sistema, la entrada y la salida son la materia, la energía y la información que se intercambian dentro del sistema, entre el cliente y su entorno

Modelo de Sistemas

Sistema Abierto

Retroalimentación

La salida del sistema en forma de materia, energía e información sirve de retroalimentación para la futura entrada y la acción correctora con la intención de cambiar, potenciar o estabilizar el sistema.

Negentropia

El proceso de conservación de energía que ayuda al sistema en la progresión hacia la estabilidad o el bienestar es la negentropía.

Estabilidad

Un estado de equilibrio o armonía que requiere intercambios de energía a medida que el paciente enfrenta adecuadamente los factores estresantes para retener, alcanzar o mantener un nivel de salud óptimo, preservando así la integridad del sistema.

Las fuerzas internas y externas que influyen y se ven influenciadas por el cliente en cualquier momento conforman el entorno

Entorno creado

El entorno creado es desarrollado inconscientemente por el cliente para expresar simbólicamente la integridad del sistema. Su propósito es proporcionar protección para el funcionamiento del sistema cliente y para aislar al cliente de los elementos estresantes.

Modelo de Sistemas

Sistema Cliente

El sistema cliente consta de cinco variables (**fisiológica, psicológica, sociocultural, de desarrollo y espiritual**) en interacción con el entorno.

- La **variable fisiológica** hace referencia a la estructura y a la función del organismo.
- La **variable psicológica** hace referencia a los procesos mentales en interacción con el entorno.
- La **variable sociocultural** hace referencia a los efectos y a las influencias de condiciones sociales y culturales.
- La **variable de desarrollo** hace referencia a los procesos y a las actividades relacionadas con la edad.
- La **variable espiritual** hace referencia a creencias e influencias espirituales.

Betty Newman

Modelo de Sistemas

Estructura Básica

La estructura básica, o núcleo central, comprende aquellos factores básicos de supervivencia comunes a la especie. Estos factores incluyen las variables del sistema, las características genéticas y las fortalezas y debilidades de las partes del sistema.

Líneas de resistencia

Las líneas de resistencia actúan como factores de protección, que son activados por los elementos estresantes que penetran en la línea normal de defensa.

Línea normal de defensa

Representa el nivel adaptativo de salud desarrollado en el transcurso del tiempo como normal con respecto al cual medir la desviación del bienestar.

Modelo de Sistemas

Línea flexible de defensa

Se percibe como un elemento amortiguador de protección para evitar que los elementos estresantes se abran camino hacia el estado de bienestar habitual representado por la línea normal de defensa.

Salud

La salud es un continuo que transcurre desde el bienestar a la enfermedad, dinámico por naturaleza. Existe un bienestar óptimo cuando se cumplen completamente las necesidades totales del sistema.

Bienestar

El bienestar existe cuando todas las subpartes del sistema interaccionan en armonía con el sistema completo y se satisfacen todas las necesidades del sistema

Betty Newman

Modelo de Sistemas

Enfermedad

La enfermedad se encuentra en el otro extremo del movimiento continuo del bienestar y representa un estado de inestabilidad y gasto de energía.



Modelo de Sistemas Elementos estresantes

Un factor estresante es cualquier fenómeno que pueda penetrar tanto en las líneas de defensa flexibles como normales, dando como resultado un resultado positivo o negativo:

Los estresores intrapersonales son aquellos que ocurren dentro de los límites del sistema del paciente y se correlacionan con el entorno interno.

Los estresores interpersonales ocurren fuera de los límites del sistema del paciente, son próximos al sistema e impactan en el sistema.

Los estresores extra personales también ocurren fuera de los límites del sistema del paciente, pero están a una distancia mayor del sistema que los estresores interpersonales. Un ejemplo es una política social.

Betty Newman

Modelo de Sistemas Grado de reacción

El grado de reacción representa la inestabilidad del sistema que tiene lugar cuando los elementos estresantes invaden la línea normal de defensa.

Prevención como Intervención

Las intervenciones son acciones determinadas que ayudan a que el cliente retenga la estabilidad del sistema, la consiga y/o la mantenga. Neuman indica tres niveles de intervención:

- 1) primario;
- 2) secundario, y
- 3) terciario

Modelo de Sistemas

Prevención como Intervención

Prevención primaria

Ocurre antes de que el sistema reaccione a un estresor; incluye la promoción de la salud y el mantenimiento del bienestar. La prevención primaria se enfoca en fortalecer la línea de defensa flexible a través de la prevención del estrés y la reducción de los factores de riesgo.

Esta intervención ocurre cuando se identifica el riesgo o peligro, pero antes de que ocurra una reacción. Las estrategias que podrían usarse incluyen inmunización, educación para la salud, ejercicio y cambios en el estilo de vida.

Modelo de Sistemas

Prevención como Intervención

Prevención secundaria

Ocurre después de que el sistema reacciona a un factor estresante y se brinda en términos de los síntomas existentes. La prevención secundaria se enfoca en fortalecer las líneas internas de resistencia y, por lo tanto, protege la estructura básica a través del tratamiento adecuado de los síntomas.

La intención es recuperar la estabilidad óptima del sistema y conservar energía al hacerlo. Si la prevención secundaria no tiene éxito y no se produce la reconstitución, la estructura básica no podrá soportar el sistema y sus intervenciones, y se producirá la muerte.

Modelo de Sistemas

Prevención como Intervención

Prevención Terciaria

Ocurre después de que el sistema ha sido tratado a través de estrategias de prevención secundaria. Su propósito es mantener el bienestar o proteger la reconstitución del sistema del paciente apoyando las fortalezas existentes y preservando la energía.

La prevención terciaria puede comenzar en cualquier momento después de que se haya comenzado a restablecer la estabilidad del sistema (ha comenzado la reconstitución). La prevención terciaria tiende a conducir de nuevo a la prevención primaria.

Betty Newman

Modelo de Sistemas

Reconstitución

La reconstitución tiene lugar después del tratamiento de las reacciones de los elementos estresantes. Representa el retorno del sistema a la estabilidad, que puede ser a un nivel superior o inferior de bienestar que antes de la invasión del elemento estresante.



Betty Newman

Modelo de Sistemas

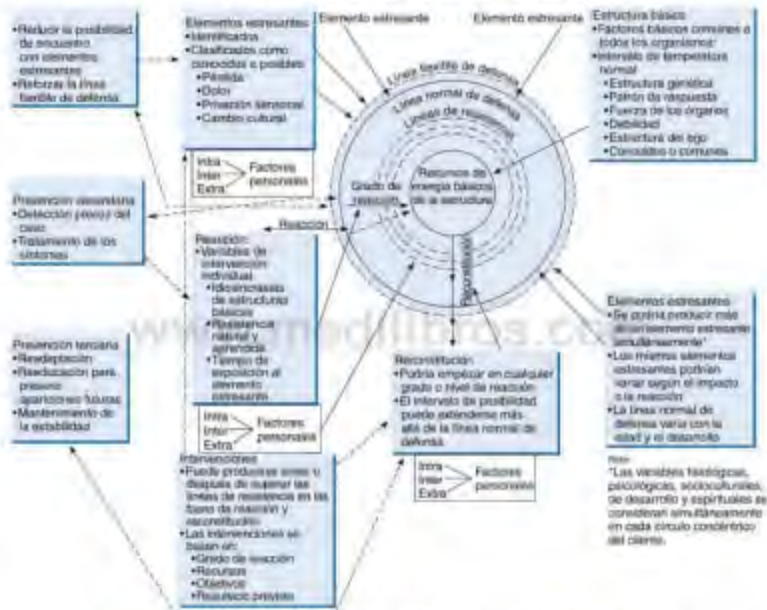


FIGURA 16-1 El modelo de sistemas de Newman. (Copyright original 1970 por Betty Newman. Usada con autorización)

Betty Newman

Modelo de Sistemas

Principales premisas

Persona

El ser humano es un sistema abierto que interactúa con las fuerzas o estresores del entorno interno y externo. El ser humano cambia constantemente, moviéndose hacia un estado dinámico de estabilidad del sistema o enfermedad de diversos grados.

Entorno

El medio ambiente es un escenario vital relacionado con el sistema y su función. El medio ambiente puede verse como todos los factores que afectan y son afectados por el sistema. Identifica tres entornos relevantes: interno, externo y creado.

Betty Newman

Modelo de Sistemas

Principales premisas

Salud

Condición o el grado de estabilidad del sistema y se considera como un continuo desde el bienestar hasta la enfermedad. Cuando se satisfacen las necesidades del sistema, existe un bienestar óptimo. Cuando las necesidades no están satisfechas, existe la enfermedad. Cuando la energía necesaria para sustentar la vida no está disponible, se produce la muerte.

Enfermería

Cree que la enfermería debe cuidar a la persona en su totalidad. Considera que la enfermería es una «profesión única que se ocupa de todas las variables que afectan a la respuesta del individuo frente al estrés» (pág. 14). La percepción de la enfermera influye en el cuidado que se suministra; afirmó que el campo perceptivo del cuidador y del cliente deben valorarse.

Paciente: Pedro, un hombre de sesenta años, con antecedentes de hipertensión y estrés laboral crónico. Al ingresar a la consulta, presenta niveles elevados de presión arterial, dolores de cabeza frecuentes y dificultades para dormir. Revisión clínica o valoración: La enfermera observa que Pedro tiene signos de estrés significativo, falta de adherencia a su régimen de medicación y hábitos de vida poco saludables, como una dieta pobre y falta de ejercicio.

¿Según los modelos de sistemas de Betty Neumann, cuál sería el enfoque principal de la enfermera en la atención de Pedro?

Respuestas

- a) Proporcionar educación sobre la importancia de una dieta equilibrada y ejercicio regular.
- b) Ayudar al paciente a desarrollar estrategias de manejo del estrés y mejorar sus hábitos de vida.
- c) Brindar apoyo emocional para reducir la ansiedad y mejorar su adherencia a la medicación.

Paciente: Pedro, un hombre de sesenta años, con antecedentes de hipertensión y estrés laboral crónico. Al ingresar a la consulta, presenta niveles elevados de presión arterial, dolores de cabeza frecuentes y dificultades para dormir. Revisión clínica o valoración: La enfermera observa que Pedro tiene signos de estrés significativo, falta de adherencia a su régimen de medicación y hábitos de vida poco saludables, como una dieta pobre y falta de ejercicio.

¿Según los modelos de sistemas de Betty Neumann, cuál sería el enfoque principal de la enfermera en la atención de Pedro?

Respuestas

- a) Proporcionar educación sobre la importancia de una dieta equilibrada y ejercicio regular.
- b) Ayudar al paciente a desarrollar estrategias de manejo del estrés y mejorar sus hábitos de vida.**
- c) Brindar apoyo emocional para reducir la ansiedad y mejorar su adherencia a la medicación.

Según los modelos de sistemas de Betty Neumann, el enfoque de la enfermería es mantener la estabilidad del sistema del paciente a través de la prevención primaria, secundaria y terciaria.

En el caso de Pedro, que presenta múltiples factores de estrés que afectan su salud, es crucial desarrollar estrategias de manejo del estrés y mejorar sus hábitos de vida para fortalecer sus líneas de defensa y prevenir complicaciones futuras. Este enfoque integral busca abordar no solo los síntomas inmediatos, sino también las causas subyacentes del estrés y los hábitos poco saludables, promoviendo así una estabilidad y bienestar a largo plazo.

Paciente acude al Centro de Salud por presentar dificultad para dormir, manifiesta que no puede descansar por problemas emocionales los cuales interfieren su estilo de vida. ¿Cuál es la teorizante que se pone de manifiesto?

Respuestas:

- Virginia Henderson.
- Nola Pender.
- Martha Rogers.
- Callista Roy.

Paciente acude al Centro de Salud por presentar dificultad para dormir, manifiesta que no puede descansar por problemas emocionales los cuales interfieren su estilo de vida. ¿Cuál es la teorizante que se pone de manifiesto?

Respuestas:

- **Virginia Henderson.**
- Nola Pender.
- Martha Rogers.
- Callista Roy.

Indique la teorizante a la que corresponde el siguiente enunciado: "La categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada."

Respuestas:

- Virginia Henderson.
- Florence Nightingale.
- Marjory Gordon.
- Nola Pender.

Indique la teorizante a la que corresponde el siguiente enunciado: "La categoría de enfermería humanística, donde el papel de la enfermera es la realización (suplencia o ayuda) de las acciones que la persona no puede realizar en un determinado momento de su ciclo de vital, enfermedad, infancia o edad avanzada."

Respuestas:

- **Virginia Henderson.**
- Florence Nightingale.
- Marjory Gordon.
- Nola Pender.

Paciente adulto que por su estado de salud no puede suplir sus necesidades de autocuidado. ¿Qué teorizante utiliza para la planificación de los cuidados de este paciente?

Respuestas:

- Dorothea Orem.
- Hidegard Peplau.
- Florence Nightingale.
- Virginia Henderson.

Paciente adulto que por su estado de salud no puede suplir sus necesidades de autocuidado. ¿Qué teorizante utiliza para la planificación de los cuidados de este paciente?

Respuestas:

- **Dorothea Orem.**
- Hidegard Peplau.
- Florence Nightingale.
- Virginia Henderson.

Una de las teorizantes de enfermería se centra en el individuo como un sistema biopsicosocial adaptativo que emplea un ciclo de realimentación de entradas (estímulos), producción (procesos de control) y salidas (conductas o respuestas adaptativas). ¿Cuál es la teorizante que utiliza este enfoque?

Respuestas:

- Callista Roy.
- Betty Neuman.
- Virginia Henderson.
- Martha Rogers.

Una de las teorizantes de enfermería se centra en el individuo como un sistema biopsicosocial adaptativo que emplea un ciclo de realimentación de entradas (estímulos), producción (procesos de control) y salidas (conductas o respuestas adaptativas). ¿Cuál es la teorizante que utiliza este enfoque?

Respuestas:

- **Callista Roy.**
- Betty Neuman.
- Virginia Henderson.
- Martha Rogers.

Como profesional de enfermería, debe brindar cuidado interpersonal para promover la salud y prevenir la enfermedad a través de las intervenciones en su quehacer diario, permitiendo generar la curación del cuerpo y alma.
¿A qué teorizante hace referencia?

Respuestas:

- Jean Watson.
- Patricia Benner.
- Kristen Swanson.
- Madeline Leininger.

Como profesional de enfermería, debe brindar cuidado interpersonal para promover la salud y prevenir la enfermedad a través de las intervenciones en su quehacer diario, permitiendo generar la curación del cuerpo y alma.
¿A qué teorizante hace referencia?

Respuestas:

- **Jean Watson.**
- Patricia Benner.
- Kristen Swanson.
- Madeline Leininger.

¿Cuál es la autora cuya teoría tiene como objetivo identificar modos adaptativos fisiológicos, psicológicos, sociológicos y de dependencia-independencia en el paciente?

Respuestas:

- Callista Roy.
- Hildegard Peplau.
- Madeleine Leininger.
- Dorothea Orem.

¿Cuál es la autora cuya teoría tiene como objetivo identificar modos adaptativos fisiológicos, psicológicos, sociológicos y de dependencia-independencia en el paciente?

Respuestas:

- **Callista Roy.**
- Hildegard Peplau.
- Madeleine Leininger.
- Dorothea Orem.

Paciente: Hombre, setenta años, vive solo y tiene diagnóstico de hipertensión y diabetes. Signos y síntomas: El paciente acude a consulta por mareos frecuentes y dificultad para manejar sus actividades diarias. Refiere que ha estado olvidando tomar su medicación y no sigue una dieta adecuada. Revisión clínica o valoración: La profesional de salud realiza un examen físico, mide la presión arterial, que está elevada, y los niveles de glucosa en sangre, que también están fuera de los rangos normales. Además, el paciente muestra signos de deshidratación: ¿Cuál de las siguientes acciones es la más adecuada para promover el autocuidado según el modelo de Dorothea Orem?

Respuestas

- A. Proporcionar al paciente un plan de cuidado detallado y realizar visitas de seguimiento regulares.
- B. Prescribir únicamente la medicación adecuada y esperar que el paciente siga las instrucciones por sí mismo.
- C. Ingresar al paciente en un centro de cuidado permanente para asegurar que reciba la atención necesaria.

Paciente: Hombre, setenta años, vive solo y tiene diagnóstico de hipertensión y diabetes. Signos y síntomas: El paciente acude a consulta por mareos frecuentes y dificultad para manejar sus actividades diarias. Refiere que ha estado olvidando tomar su medicación y no sigue una dieta adecuada. Revisión clínica o valoración: La profesional de salud realiza un examen físico, mide la presión arterial, que está elevada, y los niveles de glucosa en sangre, que también están fuera de los rangos normales. Además, el paciente muestra signos de deshidratación: ¿Cuál de las siguientes acciones es la más adecuada para promover el autocuidado según el modelo de Dorothea Orem?

Respuestas

A. Proporcionar al paciente un plan de cuidado detallado y realizar visitas de seguimiento regulares.

B. Prescribir únicamente la medicación adecuada y esperar que el paciente siga las instrucciones por sí mismo.

C. Ingresar al paciente en un centro de cuidado permanente para asegurar que reciba la atención necesaria.

La opción A es la más adecuada según el modelo de autocuidado de Dorothea Orem. Este enfoque se centra en educar al paciente y proporcionarle las herramientas y apoyo necesarios para que pueda manejar su salud de manera independiente. Realizar visitas de seguimiento regulares también asegura que se supervisen los progresos y se ajusten los cuidados según sea necesario.



Curso

Pensamiento critico en enfermería

Lcdo. Bryan Monserrate Macias

Cada día pensamos críticamente sin darnos cuenta. Si hace calor, nos quitamos un suéter. Si el DVD no se inicia, colocamos el disco de nuevo. Si decidimos sacar a pasear al perro, nos ponemos un par de zapatos para caminar. Estos ejemplos implican el pensamiento crítico con el que nos enfrentamos cada día y nos preparamos para todas las posibilidades.

Las enfermeras se enfrentan a muchas situaciones clínicas relacionadas con pacientes, miembros de familia, personal de asistencia sanitaria y compañeros. En cada situación es importante intentar ver el **panorama general y pensar de forma inteligente**. Para pensar de forma inteligente hay que desarrollar **capacidades de pensamiento crítico** que permitan enfrentar, con la mente abierta, creatividad, confianza e indagación continua, cada nueva experiencia y problema que implique el cuidado de un paciente.

Pensamiento crítico en enfermería

La enfermera aplica el pensamiento crítico, un proceso continuo caracterizado por una mentalidad abierta, la indagación continua y la perseverancia, combinado con la voluntad de observar cada situación particular del paciente y de determinar cuáles de las asunciones identificadas es verdadera y pertinente.

El pensamiento crítico implica reconocer que existe una **cuestión** (p. ej., problema del paciente), **analizar la información** sobre la cuestión (p. ej., datos clínicos sobre un paciente), **evaluar** la información (revisando las asunciones y la evidencia) y hacer **conclusiones**.

El pensamiento crítico es una manera de pensar sobre una situación que siempre se pregunta **“¿Por qué?”**, **“¿Qué me estoy perdiendo?”**, **“¿Qué sé realmente sobre la situación de este paciente?”** y **“¿Cuáles son mis opciones?”**

Pensamiento crítico en enfermería

Solucionar problemas y tomar decisiones, en lugar de tomar soluciones rápidas y sin pensar.

El uso del conocimiento basado en la evidencia, o el **conocimiento basado en la investigación** o en la pericia clínica, hace a la enfermera una **pensadora crítica informada**. Pensar críticamente y aprender sobre el concepto de confort la preparan para anticipar mejor las necesidades de sus pacientes, identificar los problemas de confort más rápidamente y ofrecer un cuidado apropiado.

El pensamiento crítico requiere **habilidades cognitivas y el hábito de hacer preguntas**, de mantenerse bien informado, de ser honesto para enfrentar los prejuicios personales y de estar siempre dispuesto a reconsiderar y a pensar claramente las cuestiones.

Conceptos del pensador crítico

Concepto	Conducta De Pensamiento Crítico
Búsqueda de la verdad	Buscar el significado verdadero de una situación. Ser valiente, honesta y objetiva al hacer preguntas
Mente abierta	Ser tolerante con los puntos de vista diferentes; ser sensible a la posibilidad de los propios prejuicios; respetar el derecho de los demás a tener opiniones diferentes
Capacidad de análisis	Analizar las situaciones potencialmente problemáticas; anticipar los resultados o las consecuencias posibles; valorar el razonamiento; utilizar el conocimiento basado en la evidencia.

Pensamiento crítico

Conceptos del pensador crítico

Concepto	Conducta De Pensamiento Crítico
Sistematicidad	Ser organizada, centrada; trabajar duro en cualquier investigación.
Autoconfianza	Confiar en los propios procesos de razonamiento
Curiosidad	Tener ganas de adquirir conocimientos y de aceptar explicaciones incluso cuando las aplicaciones del conocimiento no sean inmediatamente claras.
Madurez	Las soluciones múltiples son aceptables. Reflexionar sobre los propios juicios; tener madurez cognitiva

Modelo de pensamiento crítico para el juicio de enfermería



El modelo define el resultado del pensamiento crítico: el juicio de enfermería que es pertinente para una variedad de problemas de enfermería en diversos entornos. Según este modelo, hay **cinco componentes de pensamiento crítico**:

Base de conocimiento, experiencia, competencias de pensamiento crítico (con énfasis sobre el proceso de enfermería), actitudes y estándares.

Modelo de pensamiento crítico para el juicio de enfermería



La capacidad de pensar críticamente crece a medida que se adquieren nuevos conocimientos en la práctica de enfermería. Desarrollaron un modelo de pensamiento crítico que incluye tres niveles: **básico, complejo y de compromiso.**

Modelo de pensamiento crítico para el juicio de enfermería



Una **enfermera experta** piensa críticamente casi automáticamente. Sin embargo, una **estudiante principiante** hace un esfuerzo más consciente para aplicar el pensamiento crítico, porque inicialmente está más orientada a la tarea y trata de aprender cómo organizar las actividades de cuidado. Al principio aplica el modelo de pensamiento crítico en el **nivel básico**. A medida que avanza en la práctica, adopta el pensamiento crítico **complejo y el de compromiso**.

Modelo de pensamiento crítico para el juicio de enfermería

Niveles de pensamiento crítico

Pensamiento crítico básico: un principiante cree que los expertos tienen las respuestas correctas para cada problema. El pensamiento es concreto y basado en un conjunto de reglas o principios. En este nivel las respuestas a los problemas complejos son correctas o incorrectas; es un primer paso para desarrollar el razonamiento.

Pensamiento crítico complejo: comienzan a separarse de los expertos. Analizan y examinan las opciones de forma más independiente. Las habilidades de pensamiento de la persona y la iniciativa de ir más allá del juicio del experto comienzan a cambiar, el pensamiento se vuelve más creativo.

Pensamiento crítico de compromiso: la persona se anticipa cuándo toma decisiones sin la ayuda de otras y acepta la responsabilidad de rendir cuentas por las decisiones tomadas. Elige una acción, la sustenta, a veces no actúa o retrasa la acción, determina qué es lo más apropiado.

Modelo de pensamiento crítico para el juicio de enfermería

Componentes de pensamiento crítico

Base específica de conocimiento: El primer componente del modelo de pensamiento crítico es la base específica de conocimiento de una enfermera. El **conocimiento la prepara** para anticipar e identificar mejor los problemas de los pacientes mediante la comprensión de su **origen y naturaleza**. El conocimiento de las enfermeras varía según la experiencia educativa e incluye la educación básica de enfermería, los cursos de formación continuada y los títulos universitarios adicionales.

Experiencia:

La enfermería es una disciplina práctica. Las prácticas de aprendizaje clínico son necesarias para adquirir habilidades en la toma de decisiones clínicas. El conocimiento, combinado con la pericia clínica a partir de la experiencia, define el pensamiento crítico.

Modelo de pensamiento crítico para el juicio de enfermería

Componentes de pensamiento crítico

La competencia del proceso de enfermería: La competencia, específicamente el proceso de enfermería es el tercer componente del modelo de pensamiento crítico. En la práctica, la enfermera aplica componentes del pensamiento crítico durante cada fase del proceso de enfermería.

Actitud para el pensamiento crítico

Las actitudes de pensamiento crítico son directrices de **cómo abordar** un problema o una situación de **toma de decisiones**. Una parte importante del pensamiento crítico es la **interpretación, la evaluación y la realización de juicios** sobre la adecuación de los diferentes argumentos y datos disponibles. Saber cuándo se necesita más información, conocer cuándo es engañosa la información y reconocer los propios límites de conocimientos, son ejemplos de cómo las actitudes de pensamiento crítico dirigen la toma de decisiones.

Modelo de pensamiento critico para el juicio de enfermería

Componentes de pensamiento critico

Actitud para el pensamiento critico

ACTITUDES DE PENSAMIENTO CRITICO	APLICACION EN LA PRACTICA
Confianza en uno mismo	Aprender a presentarse a un paciente; hablar con convicción cuando se comienza un tratamiento o un procedimiento. No hacer pensar al paciente que no podemos realizar los cuidados con seguridad. Estar siempre bien preparada antes de realizar una actividad de enfermería. Animar al paciente a hacer preguntas
Pensamiento independiente	Leer la literatura científica, especialmente cuando hay distintos puntos de vista sobre el mismo tema. Hablar con otras enfermeras y compartir ideas sobre las intervenciones de enfermería.

ACTITUDES DE PENSAMIENTO CRÍTICO	APLICACIÓN EN LA PRACTICA
Imparcialidad	Escuchar a ambas partes en cualquier discusión. Si un paciente o miembro de la familia se queja de un compañero de trabajo, escuchar la historia y después hablar también con el compañero de trabajo. Si un miembro del personal etiqueta al paciente como no colaborador, asumir el cuidado de ese paciente con actitud receptiva y con el deseo de satisfacer las necesidades del paciente.
Responsabilidad y autoridad	Solicitar ayuda si no se está seguro de cómo realizar alguna técnica. Consultar un manual de procedimiento para revisar los pasos de una técnica. Comunicar cualquier problema de inmediato. Seguir los estándares de práctica en los cuidados.
Asunción de riesgos	Si nuestros conocimientos nos hacen cuestionar las instrucciones de un profesional sanitario, hacerlo. Estar dispuesto a recomendar técnicas alternativas de cuidado de enfermería cuando 105 compañeros están teniendo poco éxito con los pacientes.

ACTITUDES DE PENSAMIENTO CRITICO	APLICACION EN LA PRACTICA
Disciplina	Ser concienzudo en cualquier cosa que se haga. Utilizar criterios científicos y basados en la práctica para actividades como la valoración y la evaluación. Tomarse tiempo para ser concienzudo y gestionar el tiempo efectivamente.
Perseverancia	Ser cauteloso ante una respuesta fácil. Si los compañeros dan información sobre un paciente y parece que faltan algunos hechos, aclarar la información o hablar con el paciente directamente. Si continúan ocurriendo problemas del mismo tipo en una unidad de enfermería, reunir a los compañeros de trabajo, buscar un patrón y encontrar una solución.
Creatividad	Buscar técnicas diferentes si las intervenciones no estén funcionando en un paciente. Por ejemplo, un paciente con dolor puede necesitar una postura diferente o una técnica de distracción. Cuando sea apropiado, implicar a familia del paciente para que adopten las técnicas precisas en los cuidados en el domicilio.

Pensamiento critico

ACTITUDES DE PENSAMIENTO CRITICO	APLICACION EN LA PRACTICA
Curiosidad	Preguntar siempre por qué. Un signo o síntoma clínico indica a menudo problemas diversos. Explorar y aprender más sobre el paciente para hacer juicios clínicos apropiados.
Integridad	Reconocer cuándo las propias opiniones están en conflicto con las de un paciente, revisar nuestra posición y decidir la mejor manera de proceder para alcanzar los resultados que satisfagan a todos. No comprometer los estándares de enfermería o la honestidad al prestar cuidados.
Humildad	Reconocer cuándo se necesita más información para tomar una decisión. Cuando se es nuevo en una unidad clínica, pedir orientación en el área. Pedir ayuda en los métodos de cuidado a las enfermeras tituladas asignadas normalmente en esa área.

Estándares del pensamiento crítico

El quinto componente del modelo de pensamiento crítico incluye estándares intelectuales y profesionales:

Estándares intelectuales: son universales para el pensamiento crítico. Un estándar intelectual es una directriz o un principio para el pensamiento racional. Se aplican estos estándares cuando se utiliza el proceso de enfermería: Claros, Concretos, Específicos, Precisos, Pertinentes, Plausibles, Coherentes, Lógicos, Profundos, Amplios, Completos, Significativos, Adecuados (para la finalidad), Imparciales.

Estándares profesionales: Los estándares profesionales para el pensamiento crítico se refieren a los criterios éticos de los juicios de enfermería, los criterios basados en la evidencia utilizados para la evaluación y los criterios de la responsabilidad profesional. La aplicación de estándares profesionales requiere el uso del pensamiento crítico por el bien de las personas o de los grupos.

Habilidades del pensamiento critico

Habilidad	Aplicaciones en la practica enfermería
Interpretación	Ser ordenado en la recogida de datos. Buscar patrones para categorizar los datos (p. ej., diagnósticos de enfermería. Clarificar cualquier dato del que no se esté seguro.
Análisis	Tener la mente abierta cuando se mira la información sobre un paciente. No hacer asunciones poco cuidadosas. ¿Los datos revelan que lo que cree es cierto, o hay otras opciones?
Inferencia	Mirar el significado y la importancia de los hallazgos. ¿Hay relaciones entre los hallazgos? ¿Los datos del paciente ayudan a entender que existe un problema?

Habilidades del pensamiento critico

Habilidad	Aplicaciones en la practica enfermería
Evaluación	Mirar todas las situaciones objetivamente. Utilizar criterios (p. ej., resultados previstos, características del dolor, objetivos de aprendizaje) para determinar los resultados de las actuaciones de enfermería. Reflexionar sobre la propia conducta.
Explicación	Apoyar los resultados y las conclusiones. Utilizar el conocimiento y la experiencia para elegir las estrategias que se deben utilizar en el cuidado del paciente.
Autorregulación	Reflexionar sobre las propias experiencias. Identificar las maneras en que se puede mejorar el propio desempeño. ¿Qué hará que crea que ha estado acertada?

En el área de Obstetricia, una paciente que está en el puerperio inmediato presenta facies pálidas, agitación, dolor abdominal tipo cólico y loquios en escasa cantidad. El profesional enfermero evidencia este particular, informa al médico de guardia y registra en su informe. ¿Qué concepto de pensamiento crítico muestra la enfermera?

Respuestas:

- Capacidad de análisis.
- Perseverancia.
- Integridad.
- Autoconfianza.

En el área de Obstetricia, una paciente que está en el puerperio inmediato presenta facies pálidas, agitación, dolor abdominal tipo cólico y loquios en escasa cantidad. El profesional enfermero evidencia este particular, informa al médico de guardia y registra en su informe. ¿Qué concepto de pensamiento crítico muestra la enfermera?

Respuestas:

- **Capacidad de análisis.**
- Perseverancia.
- Integridad.
- Autoconfianza.

La capacidad de análisis como conducta del pensamiento crítico menciona que analizar las situaciones potencialmente problemáticas; anticipar los resultados o las consecuencias posibles; valorar el razonamiento; utilizar el conocimiento basado en la evidencia.

La enfermera con conocimiento científico y experiencia de acuerdo al caso clínico identifica que algo está mal con la sintomatología presente, mostrando esa capacidad de análisis e informar el problema anticipándose a posibles consecuencias que pongan en riesgo la salud de la paciente.



De los siguientes enunciados. ¿Cuál corresponde al pensamiento crítico en Enfermería?

Respuestas:

- Proceso de indagación continua y perseverancia combinada dirigido al logro de un objetivo que permite emitir juicios basados en evidencia.
- Proceso permanente de crecimiento intelectual y emocional que implica aprender nuevos conocimientos, resolver problemas, hacer juicios.
- Modelo sistemático y ordenado de pasos para recoger datos y resolver problemas, utilizado por los profesionales del equipo sanitario.
- Implica evaluar la solución en un cierto plazo de tiempo para cerciorarse si es efectiva, realizando diversas opciones si se repite un problema.

De los siguientes enunciados. ¿Cuál corresponde al pensamiento crítico en Enfermería?

Respuestas:

- **Proceso de indagación continua y perseverancia combinada dirigido al logro de un objetivo que permite emitir juicios basados en evidencia.**
- Proceso permanente de crecimiento intelectual y emocional que implica aprender nuevos conocimientos, resolver problemas, hacer juicios.
- Modelo sistemático y ordenado de pasos para recoger datos y resolver problemas, utilizado por los profesionales del equipo sanitario.
- Implica evaluar la solución en un cierto plazo de tiempo para cerciorarse si es efectiva, realizando diversas opciones si se repite un problema.

De las actitudes y aplicaciones del pensamiento crítico en la práctica enfermera, una de ellas es solicitar ayuda si no se está seguro sobre cómo realizar alguna técnica. ¿A qué actitud hace referencia el enunciado?

Respuestas:

- Responsabilidad y autoridad.
- Perseverancia.
- Humildad.
- Integridad.



De las actitudes y aplicaciones del pensamiento crítico en la práctica enfermera, una de ellas es solicitar ayuda si no se está seguro sobre cómo realizar alguna técnica. ¿A qué actitud hace referencia el enunciado?

Respuestas:

- **Responsabilidad y autoridad.**
- Perseverancia.
- Humildad.
- Integridad.



Paciente: Mujer, treinta y cinco años, presenta dolor abdominal agudo y náuseas. Signos y síntomas: Al ingresar a la consulta, la paciente refiere dolor intenso en la zona del abdomen, acompañado de episodios de vómito y fiebre moderada. Revisión clínica o valoración: La profesional de salud realiza un examen físico, observa sensibilidad en la palpación del abdomen y decide realizar un análisis de sangre y una ecografía para descartar apendicitis o cualquier otra afección abdominal. ¿Cuál de las siguientes opciones es la acción más adecuada a seguir después de la valoración inicial?

- A. Administrar analgésicos y solicitar una consulta con un especialista en gastroenterología.
- B. Enviar a la paciente a casa con recomendaciones de reposo y seguimiento en veinticuatro horas.
- C. Ingresar a la paciente para observación y realizar pruebas adicionales para confirmar el diagnóstico.

Paciente: Mujer, treinta y cinco años, presenta dolor abdominal agudo y náuseas. Signos y síntomas: Al ingresar a la consulta, la paciente refiere dolor intenso en la zona del abdomen, acompañado de episodios de vómito y fiebre moderada. Revisión clínica o valoración: La profesional de salud realiza un examen físico, observa sensibilidad en la palpación del abdomen y decide realizar un análisis de sangre y una ecografía para descartar apendicitis o cualquier otra afección abdominal. ¿Cuál de las siguientes opciones es la acción más adecuada a seguir después de la valoración inicial?

- A. Administrar analgésicos y solicitar una consulta con un especialista en gastroenterología.
- B. Enviar a la paciente a casa con recomendaciones de reposo y seguimiento en veinticuatro horas.
- C. Ingresar a la paciente para observación y realizar pruebas adicionales para confirmar el diagnóstico.**

Ingresar a la paciente para observación y realizar pruebas adicionales para confirmar el diagnóstico, sería la respuesta correcta. Esto se debe a la gravedad de los síntomas, como el dolor abdominal agudo, náuseas, vómitos y fiebre, que podrían indicar una condición seria como apendicitis u otra afección abdominal urgente.



Pensamiento crítico

Paciente: Mujer, cuarenta años, con antecedentes de asma, acude a consulta por dificultad respiratoria y tos persistente. Signos y síntomas: La paciente menciona que ha tenido dificultad para respirar y una tos seca que no cede, especialmente durante la noche. No ha estado utilizando su inhalador de manera regular. Revisión clínica o valoración: La profesional de salud realiza un examen físico, observa sibilancias durante la auscultación pulmonar y mide la saturación de oxígeno, que resulta estar ligeramente baja: Selecciona las actitudes que demuestran pensamiento crítico en la atención de esta paciente.

- A. Curiosidad: Investigar más sobre los hábitos de uso del inhalador y otros factores que puedan estar influyendo en la exacerbación del asma.
- B. Imparcialidad: Evaluar la situación de la paciente sin prejuizar su falta de adherencia al tratamiento.
- C. Confianza: Aplicar el protocolo estándar para tratar la exacerbación del asma sin necesidad de ajustar el enfoque a esta paciente en particular.
- D. Disciplina y perseverancia: Asegurarse de que la paciente comprenda completamente cómo y cuándo usar su inhalador, revisando varias veces si es necesario.

Respuestas:

1. A,B,D
2. A,C,B
3. B,C,D

Pensamiento crítico

Paciente: Mujer, cuarenta años, con antecedentes de asma, acude a consulta por dificultad respiratoria y tos persistente. Signos y síntomas: La paciente menciona que ha tenido dificultad para respirar y una tos seca que no cede, especialmente durante la noche. No ha estado utilizando su inhalador de manera regular. Revisión clínica o valoración: La profesional de salud realiza un examen físico, observa sibilancias durante la auscultación pulmonar y mide la saturación de oxígeno, que resulta estar ligeramente baja: Selecciona las actitudes que demuestran pensamiento crítico en la atención de esta paciente.

- A. Curiosidad: Investigar más sobre los hábitos de uso del inhalador y otros factores que puedan estar influyendo en la exacerbación del asma.
- B. Imparcialidad: Evaluar la situación de la paciente sin prejuizar su falta de adherencia al tratamiento.
- C. Confianza en el razonamiento: Aplicar el protocolo estándar para tratar la exacerbación del asma sin necesidad de ajustar el enfoque a esta paciente en particular.
- D. Disciplina y perseverancia: Asegurarse de que la paciente comprenda completamente cómo y cuándo usar su inhalador, revisando varias veces si es necesario.

Respuestas:

1. A,B,D
2. A,C,B
3. B,C,D

Pensamiento crítico

Las opciones A, B y D son correctas porque representan actitudes específicas del pensamiento crítico en enfermería. La opción A (curiosidad y mente abierta) es esencial para entender completamente los factores que afectan la salud de la paciente. La opción B (imparcialidad y juicio justo) permite una valoración justa y libre de prejuicios. La opción D (disciplina y perseverancia) asegura que la paciente reciba educación adecuada y repetida sobre el uso de su inhalador, mejorando así su adherencia al tratamiento y resultados de salud.

La opción C no es la respuesta correcta porque no refleja una actitud de pensamiento crítico en enfermería. **Aplicar el protocolo estándar sin ajustar el enfoque a las necesidades específicas de la paciente** no demuestra confianza en el razonamiento. El pensamiento crítico en enfermería implica evaluar cada situación de manera individual y adaptar los cuidados a las circunstancias y necesidades particulares del paciente, en lugar de seguir un enfoque único para todos.

Evolución Histórica



La historia comprendida para conocer el desarrollo a lo largo del tiempo de la enfermería la podemos seccionar en 4 etapas:

Etapa domestica



Etapa vocacional
del cuidado/
Religiosa.



Etapa técnica del
cuidado



Etapa profesional
del cuidado

Etapa Domestica

Prehistoria

Las enfermedades se trataban con hierbas en manos de curanderos
La mujer era la encargada de alimentar y cuidar a los enfermos, dar asistencias en partos y cuidar los niños
Se consideraba a la enfermedad como ocasionada por espíritus existentes en el entorno o naturaleza
Los elementos para el cuidado era de la naturaleza: Higiene=agua, Abrigo=pieles, Alimentación=plantas, Bienestar=Contacto físico, caricia.
El sanador o hombre primitivo como actor principal no encontraba causas lógicas al enfermar relacionándolo con lo **sobrenatural**.
Chaman, curandero, brujo, etc.

Etapa Domestica

Prehistoria

Los **Egipcios** tenían gran conocimiento del cuidado: técnicas de seguimiento para control en higiene de alimentos o establecimientos.

La enfermedad en las civilizaciones como Babilonia, el antiguo Egipto, sumerios, asirios y demás de la época ahora le daban un significado religioso, donde las enfermedades eran consideradas un castigo.

Hallazgos Importantes:

- Papiro de Ebers : Enfermedades internas, de los ojos, dientes, de la piel y las extremidades.
- Papiro de Edwin Smith: Contenido quirùrgico (heridas, fracturas, vendajes)

Etapa Domestica

Edad Antigua – 3.500 A.C

Grecia: La enfermedad es tratada como un desequilibrio

Roma: La profesión médica es legislada y se crean los hospitales militares y escuelas médicas.

- Surgen los nosocomis (Orden de enfermeros militares que atendían heridos de guerra)

Palestina: Debora primera enfermera y matrona de la época antigua.

India: Primeras cirugías mayores

China: La naturaleza está regida por la dualidad básica; **Yin** (oscuro, negativo y femenino) **Yan** (claro, positivo y masculino) consiste en un desequilibrio entre estos.

Etapa vocacional

Inicio del mundo cristiano

La enfermedad era producto del pecado y para librarse de las dolencias debían sanar su alma con sacrificio y oración.

Existencia de congregaciones y órdenes al cuidado del enfermero, primero fueron las mujeres: **diaconisas, viudas, vírgenes y matronas.**

Destacan hospitales de campaña creados según las necesidades de los ejércitos militares participantes de las cruzadas.

- Caballeros hospitalarios de San Juan de Jerusalén
- Caballeros teutónicos
- Caballeros de San Lázaro: Encargados de atender enfermos con lepra

Se construyen hospitales anexados a los conventos.

En esta etapa nacen los asilos para ancianos y leprosarios.

Es el primer antecedente cristiano del **"enfermero varón"**

Etapas técnicas – Enfermería moderna

La época oscura de la enfermería

Entre los años 1500 y 1860 la enfermería tuvo su peor momento, la idea predominante era que la enfermería constituía más una ocupación religiosa que intelectual, con un progreso científico que se consideraba innecesario.

La contradicción entre los protestantes y el propio caos y desorganización de los cuidados de enfermería fue lo que exigió una reglamentación formal y específica para ejercer la profesión.

El pastor Theodor Flieder abrió un pequeño hospital con una escuela de formación de diaconisas que duraba 3 años.

El programa incluía:

- Rotación por servicios clínicos hospitalarios, formación de enfermería domiciliaria
- Aprendizaje teórico-práctico
- Conocimiento de ética, doctrina religiosa y farmacia.

Enfermería Contemporánea **Consolidación de la enfermería como profesión**

La revolución de Florence Nightingale (1853-1874)

Grandes avances de química, física, medicina y ciencia

La iglesia se separa del Estado, enfermeras Laicas remuneradas

Contribución fundamental e importante de La Dama de la lámpara y su contribución a la Enfermería.

En la etapa contemporánea de la humanidad, el conocimiento para la enfermería crece.

Durante esta etapa, concurre un conflicto bélico de gran importancia para la historia de la enfermería: la guerra de Crimea, que tuvo lugar entre 1853 y 1856.

Aquí entra en acción una enfermera que ayudará a encauzar la enfermería a los modelos que tenemos actualmente. Florence Nightingale.

Pionera de la profesionalización.

Etapas profesionales – Enfermería actual

- El mundo actual establece la salud como un derecho.
- Existen grandes avances en diversas áreas.
- Las continuas reformas y nuevas competencias en salud mejoraron de forma significativa como se prestan los cuidados y donde.
- Los servicios de hospitalización a domicilio o los cuidados paliativos humanizan más la profesión. La atención primaria de salud pasa a ser atención integral de salud.
- Se ofertan diversos programas de estudios para la especialización de la enfermería que facilita la labor de investigación y consecuentemente el desarrollo de la profesión.

Teoría del entorno de Florence Nightingale



Teoría de entorno

La teoría del entorno de Florence Nightingale dio las bases para la enfermería moderna

- Fue una de las primeras en establecer esta hipótesis en el área de la enfermería, que promovía la higiene del cuerpo humano para mantenerlo sano y libre de enfermedades.
- Los primeros planteamientos de los que se tiene registro se remontan a 1853, cuando fue enfermera voluntaria en la guerra de Crimea (1853-54). Allí, Nightingale recorrió hospitales de heridos en donde pudo ver sus condiciones de higiene y limpieza.
- Esta teoría incluye e involucra todas esas variables del entorno que pueden influir en la salud de un paciente. Así, se está controlando todo aquello que de alguna manera puede ayudar o no a que un enfermo mejore.

Teoría de entorno

La teoría del entorno de Florence Nightingale dio las bases para la enfermería moderna

- El fundamento de su teoría es el entorno: todas las condiciones y las fuerzas externas que influyen en la vida y el desarrollo de un organismo.
- Definió y describió los conceptos de **ventilación, calidez, luz, dieta, limpieza y ruido**, componentes del contexto, habitualmente referido como entorno.
- Nightingale incluyó los conceptos de tranquilidad y dieta en su teoría. Se pedía a la enfermera que evaluara la necesidad de tranquilidad e interviniera para mantenerla si era necesario. Evitar el ruido y valor la ingesta de alimentos.

Consideró tres tipos de entorno:

Entorno físico: constituido por los elementos físicos en los que el paciente es tratado (ventilación, temperatura, higiene... e influye en otros entornos).

Entorno psicológico: puede verse afectado por un entorno físico negativo y crear estrés. Requiere de varias actividades para mantener la mente activa: trabajo manual, alimentación adecuada y entorno físico agradable. La comunicación debe ser la terapéutica, tranquila y sin prisas.

Entorno social: implica la recogida de datos sobre la enfermedad y la prevención de la misma. Incluye componentes del entorno físico (aire limpio, agua y eliminación adecuada). Está constituido por la casa de una persona o habitación de un hospital, así como la comunidad donde vive.

Metaparadigma – Principales premisas

Enfermería: Nightingale consideraba que la mujer en algún momento de su vida ejercería la enfermería ya que consistía en ser responsable de la salud de los otros. Colabora para proporcionar aire fresco, luz, calor, higiene, tranquilidad y una dieta adecuada.

Persona: La persona era el paciente con atención individualizada, paciente era pasivo en esta relación enfermera-paciente, aplicando el autocuidado cuando fuera posible.

Entorno: "condiciones y fuerzas externas que afectan a la vida y el desarrollo de la persona". Puede ser físico, psicológico o social.

Salud: "bienestar mantenido gracias a la utilización de todas las capacidades de la persona; la enfermedad se contempla como un proceso de reparación instaurado por la naturaleza"

Florence Nightingale es reconocida como la impulsora de la Enfermería profesional organizada. ¿Cuál de los siguientes hitos históricos está relacionado con este personaje?

Respuestas:

- La Guerra de Crimea.
- Guerra Civil española.
- Las cruzadas de la Edad Media.
- Edad Antigua

Florence Nightingale es reconocida como la impulsora de la Enfermería profesional organizada. ¿Cuál de los siguientes hitos históricos está relacionado con este personaje?

Respuestas:

- **La Guerra de Crimea.**
- Guerra Civil española.
- Las cruzadas de la Edad Media.
- Edad Antigua

Seleccione el supuesto que guarda relación con la teoría planteada por Florence Nightingale:

Respuestas:

- Un entorno sano y favorable influye en el estado de salud físico y psíquico del hombre.
- Los métodos de asistencia deben basarse en la relación de ayuda y/o de suplencia de enfermería hacia el paciente.
- La enfermería es un proceso terapéutico interpersonal, que hace posible la salud.
- Los factores cognitivo-perceptivos motivan las actividades de promoción de la salud.

Seleccione el supuesto que guarda relación con la teoría planteada por Florence Nightingale:

Respuestas:

- Un entorno sano y favorable influye en el estado de salud físico y psíquico del hombre.

- Los métodos de asistencia deben basarse en la relación de ayuda y/o de suplencia de enfermería hacia el paciente.
- La enfermería es un proceso terapéutico interpersonal, que hace posible la salud.
- Los factores cognitivo-perceptivos motivan las actividades de promoción de la salud.

Durante la visita domiciliaria a pacientes de la comunidad, usted detecta una familia con poco acceso a servicios básicos como luz, agua, alcantarillado, lo que dificulta mantener un entorno saludable para su recuperación. Su intervención debe basarse en un modelo de Enfermería. ¿Qué teorizante utilizaría para este caso?

Respuestas:

- Florence Nightingale.
- Nola Pender.
- Virginia Herderson.
- Hildegart Peplau.

Durante la visita domiciliaria a pacientes de la comunidad, usted detecta una familia con poco acceso a servicios básicos como luz, agua, alcantarillado, lo que dificulta mantener un entorno saludable para su recuperación. Su intervención debe basarse en un modelo de Enfermería. ¿Qué teorizante utilizaría para este caso?

Respuestas:

- **Florence Nightingale.**
- Nola Pender.
- Virginia Herderson.
- Hildegart Peplau.

Paciente de Género: Mujer, Edad: 45 años, Antecedentes clínicos: Hipertensión y diabetes tipo 2, Signos y síntomas: Fatiga persistente, dificultad para dormir, heridas que tardan en sanar. La paciente reporta un ambiente de vida con mala ventilación y problemas de higiene en su hogar. Vive en un vecindario con alta contaminación ambiental y tiene acceso limitado a agua potable. Basado en la teoría del entorno de Florence Nightingale, ¿cuál sería la primera acción que debería tomar el profesional de salud para mejorar la situación de la paciente?

Respuesta

- a) Asegurar que la paciente reciba un suplemento nutricional adecuado.
- b) Recomendar la mejora de la ventilación y la higiene en el hogar de la paciente.
- c) Prescribir un antibiótico para las heridas que no sanan.?

Paciente de Género: Mujer, Edad: 45 años, Antecedentes clínicos: Hipertensión y diabetes tipo 2, Signos y síntomas: Fatiga persistente, dificultad para dormir, heridas que tardan en sanar. La paciente reporta un ambiente de vida con mala ventilación y problemas de higiene en su hogar. Vive en un vecindario con alta contaminación ambiental y tiene acceso limitado a agua potable. Basado en la teoría del entorno de Florence Nightingale, ¿cuál sería la primera acción que debería tomar el profesional de salud para mejorar la situación de la paciente?

Respuesta

- a) Asegurar que la paciente reciba un suplemento nutricional adecuado.
- b) Recomendar la mejora de la ventilación y la higiene en el hogar de la paciente.**
- c) Prescribir un antibiótico para las heridas que no sanan.?

La teoría del entorno de Florence Nightingale, el entorno físico del paciente es crucial para su recuperación y bienestar. Nightingale destacó la importancia de la ventilación adecuada, la limpieza, la luz natural y el acceso a agua limpia.

En este caso, la paciente presenta heridas que no sanan y reporta vivir en un ambiente con mala ventilación y problemas de higiene. Mejorar estas condiciones se alinearía directamente con las recomendaciones de Nightingale para promover un entorno saludable que facilite la recuperación del paciente. Aunque los suplementos nutricionales y los antibióticos pueden ser útiles, abordar primero el entorno deficiente ayudará a resolver la causa subyacente de sus problemas de salud.

Caracterización de la profesión: roles, funciones y campos de actuación

Roles de Enfermería



Rol Asistencial

Cuidados directos con el paciente, atención clínica, se instrumenta a través del Proceso de Atención en Enfermería

Funciones

Cuidar la salud del individuo en forma personalizada, integral y continua, respetando sus valores, costumbres y creencias.

Realizar y controlar el proceso de Atención de Enfermería, como método científico de la profesión.

Registrar en la historia clínica toda la información disponible sobre los problemas identificados en los individuos, la familia y la comunidad.

Ejecutar actividades de curación y cuidados paliativos al individuo.

Ejecutar acciones encaminadas al control del medio ambiente y al logro de un entorno saludable

Administración de medicamentos, fluidoterapia, cambio de turno, constantes vitales extracción de muestras etc.

Rol Docente

Conocimiento amplio de la profesión que se imparte para formación, en los niveles de planificación, dirección, ejecución y control de la docencia.

Funciones

Diseñar, planificar y participar en programas de educación permanente.

Desempeñar funciones directivas y docentes en carreras y escuelas universitarias y no universitarias nacionales e internacionales.

Coordinar cursos, estancias, pasantías, diplomados y maestrías, tanto nacionales, como internacionales.

Participar en programas de educación continua para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud.

Desarrollar actividades formativas en los estudiantes, cumpliendo el papel de educador.

Rol Administrativo

El propósito de la labor administrativa es lograr que el trabajo requerido sea efectuado con el menor gasto posible de tiempo, energía y dinero pero siempre compatible con una calidad de trabajo previamente acordada.

Funciones

Planificar y controlar los cuidados de enfermería.

Participación en acciones multidisciplinarias entre niveles de atención de salud

Dirección de los equipos de atención de salud.

Administrar unidades y/o servicios de salud en los distintos niveles de atención.

Gestión de los servicios prestados

Rol Investigativo

Se logra a través de este rol la generación de mayor conocimiento en la profesión en el campo comunitario, efectividad de procedimientos, nuevas técnicas, etc.

Funciones

Realizar y/o participar en investigaciones en enfermería y otras áreas con el objetivo de contribuir al desarrollo profesional y al mejoramiento de la salud.
Divulgar y aplicar los resultados de las investigaciones, a fin de contribuir a mejorar la atención de salud
Coordinar, controlar y participar en la ejecución de ensayos clínicos
Participación en la normalización y aplicación de nuevas técnicas eficientes.

Campo de actuación

El campo de actuación de la carrera de enfermería son muy variados, desde los más específicos que solo están centrados en el cuidado general hasta cuidado más especializados que permite dar mayor atención en salud de calidad en hospitales y centros de salud.

-Atención en los diferentes niveles de atención:

Enfermería comunitaria: Enfocada en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en comunidades, trabajando en programas de salud pública o campañas de educación sanitaria.

-Especialidades clínicas: Áreas específicas como pediatría, geriatría, cuidados intensivos, salud mental, oncología, cuidados quirúrgicos, familiar y comunitaria, obstétrica.

Campo de acción de los Equipos de Salud

Nivel Epidemiológico

Permite construir la base del perfil epidemiológico como herramienta fundamental para mantener la salud.

Nivel de Enfermedad

Identifica quien requiere atención y oportunamente decidir la acción a realizar.

Nivel Familiar y Comunitario

Explora, identifica y reconoce las inequidades y las desigualdades diferenciales por factores étnicos, culturales, de género y socioeconómicos generando estrategias para el mantenimiento y mejoramiento de la salud

Nivel Social

Contribuye al desarrollo social de la localidad promoviendo familias sanas que participen activamente en la construcción y conservación de espacios saludables .

La función de la gestión de enfermería comunitaria, que trata de asegurar que su trabajo responda en forma sistemática, racional y ordenada a las necesidades de la comunidad asegurando el uso adecuado de los recursos, corresponde a:

Respuestas:

- Administrativa.
- Investigadora.
- Asistencial.
- Educador.

La función de la gestión de enfermería comunitaria, que trata de asegurar que su trabajo responda en forma sistemática, racional y ordenada a las necesidades de la comunidad asegurando el uso adecuado de los recursos, corresponde a:

Respuestas:

- **Administrativa.**
- Investigadora.
- Asistencial.
- Educador.

Paciente de Género: Mujer, Edad: 35 años, Antecedentes clínicos: Diabetes tipo 2, hipertensión, Signos y síntomas: Aumento de peso reciente, niveles elevados de glucosa en sangre, fatiga. La paciente llega a la consulta preocupada por su reciente aumento de peso y niveles elevados de glucosa en sangre. Menciona que ha tenido dificultades para seguir su dieta y rutina de ejercicio debido a su apretada agenda de trabajo y responsabilidades familiares. Basado en los roles de enfermería, ¿cuál sería la intervención más efectiva para ayudar a la paciente a manejar mejor su diabetes?

- a) Prescribir un nuevo medicamento para el control de la glucosa.
- b) Proporcionar a la paciente un plan detallado de dieta y ejercicio personalizado.
- c) Programar citas semanales para monitorear el peso y la glucosa de la paciente.?

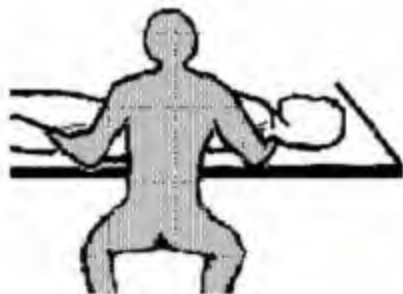
Paciente de Género: Mujer, Edad: 35 años, Antecedentes clínicos: Diabetes tipo 2, hipertensión, Signos y síntomas: Aumento de peso reciente, niveles elevados de glucosa en sangre, fatiga. La paciente llega a la consulta preocupada por su reciente aumento de peso y niveles elevados de glucosa en sangre. Menciona que ha tenido dificultades para seguir su dieta y rutina de ejercicio debido a su apretada agenda de trabajo y responsabilidades familiares. Basado en los roles de enfermería, ¿cuál sería la intervención más efectiva para ayudar a la paciente a manejar mejor su diabetes?

- a) Prescribir un nuevo medicamento para el control de la glucosa.
- b) Proporcionar a la paciente un plan detallado de dieta y ejercicio personalizado.**
- c) Programar citas semanales para monitorear el peso y la glucosa de la paciente.?

El rol educativo de enfermería se centra en capacitar a los pacientes para que tomen un papel activo en el manejo de su salud. Al proporcionar un plan detallado de dieta y ejercicio personalizado, el enfermero está equipando a la paciente con las herramientas y el conocimiento necesario para hacer cambios positivos en su estilo de vida. Esto es crucial para el control de la diabetes tipo 2.

Aunque los otros dos enfoques pueden ser útiles, la educación sobre la dieta y el ejercicio aborda directamente las causas subyacentes de sus síntomas actuales y empodera a la paciente para hacer cambios sostenibles en su rutina diaria.

Fundamentos del cuidado enfermero



MECANICA CORPORAL

Comprende las normas fundamentales que deben respetarse al realizar la movilización o transporte de un peso para utilizar el sistema musculoesquelético de forma eficaz, y evitar la fatiga innecesaria y la aparición de lesiones en el profesional y en el paciente, aumentando el bienestar. V

Consiste en la correcta colocación y manipulación de los pacientes para moverlos en la cama, camilla o silla de ruedas. Las técnicas de movilización se emplean tanto en la propia habitación como en el traslado a otras dependencias del centro sanitario.

MECANICA CORPORAL

Higiene postural

En relación a la carga de pesos, recomendaciones:

No se debe inclinar el tronco con las piernas en extensión, ni girar con el peso separado de su cuerpo.

a) Mantenga la espalda recta.

b) Flexione las rodillas y caderas.

c) Sujete a la persona o el peso que esté transfiriendo lo más cerca posible de su cuerpo.

d) Mientras realiza el esfuerzo de elevación del peso, pase sus piernas de flexión a extensión. Evite realizar este esfuerzo con la espalda inclinada hacia delante.

No eleve el peso que transporte por encima del pecho.

f) Traslade a la persona lo más cerca posible de su cuerpo, desplazándose usted con las rodillas ligeramente flexionadas para no sobrecargar la columna.

PRINCIPIOS – MECANICA CORPORAL

Despejar el camino a recorrer, si lo hubiera.

Colocar bien los pies: apoyados firmemente en el suelo, de manera estable, separados ligeramente uno de otro y más adelantado el pie en dirección al movimiento.

Mantener la espalda recta.

Flexionar las piernas.

Aproximar el cuerpo de la persona a la que se está ayudando. Cuando hay que mover a una persona en situación de dependencia, se debe mantener su cuerpo muy cerca del propio cuerpo, así se reparte mejor la carga.

PRINCIPIOS – MECANICA CORPORAL

- Seguridad en el agarre. El cuidador debe sujetar firmemente a la persona en situación de dependencia para evitar caídas.
- Ampliar la base de sustentación del cuidador. Los pies de la persona que ayuda deben estar separados para aumentar el equilibrio, dirigiendo una de las puntas de los pies en la dirección del movimiento y la otra ligeramente flexionada para realizar el desplazamiento con las piernas y no forzar la espalda.
- Sincronizar movimientos. Se debe crear un contrapeso al trasladar a la persona, realizando los movimientos al mismo tiempo, persona en situación de dependencia y persona cuidadora. Así se reduce su peso a menos de la mitad.

Tener en cuenta que deslizar o empujar
requiere menos esfuerzo que levantar

CAMBIOS POSTURALES

Las personas en situación de dependencia pueden estar largos periodos de tiempo con un gran sedentarismo e incluso inmovilismo, por lo que hay que proteger las zonas de riesgo en donde se pueden provocar úlceras por decúbito, estas zonas de riesgo se extienden, sobre todo, en las zonas de prominencias óseas.

Ayudan a mejorar la función cardiovascular y respiratoria y evitan la rigidez articular y la flacidez muscular

CAMBIOS POSTURALES

- Si puede colaborar y está encamada durante todo el día, se deben realizar los cambios posturales cada hora.
- Si puede realizarlos de forma autónoma, hay que pedirle que los realice más a menudo.
- Si no puede colaborar, hay que hacerlos cada 2-3 horas.
- Hay que tener cuidado al hacer los cambios posturales, ya que se pueden provocar úlceras por el roce o hematomas por golpes. Recordar que nunca hay que arrastrar a la persona sobre la cama.

CAMBIOS POSTURALES

- Mantener la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Mantener la alineación corporal.
- Distribuir bien el peso de la persona con la ayuda de almohadas y/o protecciones.
- Dar siempre estabilidad y equilibrio a la persona en situación de dependencia.
- Utilizar productos de apoyo que amortigüen las zonas de presión: colchones de aire; almohadones; protectores locales, sobre todo en talones y tobillos.

CAMBIOS POSTURALES

Para poder llevar a cabo este plan de cambios posturales, debemos conocer cómo movilizar a los pacientes, debido a que existen técnicas determinadas para no dañar al paciente, ni dañarnos nosotros mismo con el esfuerzo de movilizar a un paciente.



Mobilización de pacientes

Grados de dependencia

Pacientes autónomos: No requieren ayuda

Pacientes dependientes o que no colaboran: Necesitan asistencia del personal de enfermería

Aspectos generales

- Paciente alienado y evitar lesiones por desplazamiento
- Valorar al paciente, capacidad de movimiento, posición no permitida.
- Capacidad del paciente para colaborar.
- Asegurar el apoyo necesario para los movimientos.
- Planificar adecuadamente evitando lesiones
- Explicar al paciente
- Colocar la cama a una altura adecuada
- Principios de mecánica corporal

Movilización de pacientes

POSICIONES CORPORALES

DECUBITO SUPINO

- Exploraciones
- Postoperatorio
- Estancia en cama



DECUBITO PRONO

- Incóscientes/cama
- Operados columna



DECUBITO LATERAL

- Administrar enemas
- Higiene corporal



SIMS / SEMIPRONA

- Evacuajes
- Posición lateral de seguridad



FOWLER

- Problemas
- Cardíacos
- Respiratorios



TRENDELEMBURG

- Lipofomas
- Siccosis
- Hemorragias



ANTITRENDELEMBURG

- Herida de luto
- exploración radiológica



ROSER / PROETZ

- Intubación traqueal
- RCP
- Exploración faríngea



LITOTOMIA

- Exploración ginecológica
- Partos
- Lavado genital
- Sondaje vesical



GENUPECTORAL

- Exploraciones
- rectales



Movilización de pacientes

Movilizar al paciente hacia el cabecero de la cama

Cambios de posición estando el paciente reposando en la misma superficie.

Decúbito supino a Decúbito lateral

Puntos de agarre:

Igual línea
anatómica, Rodilla,
muñeca, hombro,
cadera

Posición del cuidador:

Un pie adelantado
Dos puntos de agarre (cadera y
hombro)
El cuerpo en el centro de los dos
puntos de
agarre.

Movilización de pacientes

Decúbito supino a Decúbito lateral

Hacemos girar al paciente trasladando el peso de nuestro cuerpo, de la pierna adelantada a la atrasada, sincronizando el balanceo o basculación del paciente con el nuestro, en bloque hacia él.



MOVIMIENTO HACIA EL CABECERO CON EL PACIENTE DEPENDIENTE EN DECÚBITO SUPINO

Paciente con piernas flexionadas o cruzadas

Enfermero pasa su antebrazo por debajo de la espalda entre la axila, palmar completo.

Un pie en la cama y otro apoyado en el suelo ligeramente adelantado, apoyándose en el cabecera con la mano libre.

Se desplaza el peso ejerciendo fuerza con la pierna apoyada y la del suelo desplazando suavemente al paciente.



Traslado a otra superficie distinta a la que se mantenían con cambios posturales

De la cama a la silla

La axila del paciente encima de nuestro hombro presionando al mismo tiempo sus costillas con nuestro cuerpo, pasando la mano por debajo de sus muslos.

Piernas separadas y flexionadas, la mano libre se apoya primero en la cama, luego en la espalda del paciente sujetándolo y por último en la silla como apoyo.

Al cargar nos incorporamos con la fuerza de las piernas, soportando el peso con el hombro.

Nuestro cuerpo bien erguido, mantener la espalda completamente vertical. Al descargar flexionar las piernas usando el apoyo de la silla.

Traslado de pacientes de pacientes

De la cama a la silla



De la cama a una camilla

Técnica sencilla aunque no exenta de riesgos

Situar la cama donde se lo trasladara

Si el paciente **colabora** se trasladara el mismo con la ayuda de una persona ubicada en la cama vacía.

Si no colabora se necesitan 2 personas que mediante movimiento coordinado uno a cada lado de las camas.

Los brazos bajo la cadera y hombro del paciente

Primer tiempo y coordinadamente se lo mueve al borde la cama

Segundo tiempo se lo traslada a la nueva camilla

Mujer de 45 años, antecedentes de hernia discal, presenta dolor lumbar crónico y dificultad para levantar objetos pesados. Al ingresar a la consulta, se queja de un incremento del dolor después de haber realizado actividades domésticas. Al realizar la valoración clínica, se observa una postura incorrecta y tensión muscular en la zona lumbar. El profesional en salud determina que el dolor está relacionado con una mala mecánica corporal durante las actividades cotidianas. Se observa una falta de flexión adecuada de las rodillas al levantar peso, lo cual aumenta la presión sobre la columna vertebral. ¿De las siguientes recomendaciones, cuál es la más adecuada para mejorar la mecánica corporal de la paciente y disminuir el dolor lumbar?

- A) Usar una faja lumbar en todo momento para estabilizar la espalda.
- B) Aprender y practicar la técnica correcta de levantar objetos, utilizando principalmente la fuerza de las piernas y manteniendo la espalda recta.
- C) Evitar cualquier tipo de ejercicio físico para no agravar la condición lumbar.

Mujer de 45 años, antecedentes de hernia discal, presenta dolor lumbar crónico y dificultad para levantar objetos pesados. Al ingresar a la consulta, se queja de un incremento del dolor después de haber realizado actividades domésticas. Al realizar la valoración clínica, se observa una postura incorrecta y tensión muscular en la zona lumbar. El profesional en salud determina que el dolor está relacionado con una mala mecánica corporal durante las actividades cotidianas. Se observa una falta de flexión adecuada de las rodillas al levantar peso, lo cual aumenta la presión sobre la columna vertebral. ¿De las siguientes recomendaciones, cuál es la más adecuada para mejorar la mecánica corporal de la paciente y disminuir el dolor lumbar?

- A) Usar una faja lumbar en todo momento para estabilizar la espalda.
- B) Aprender y practicar la técnica correcta de levantar objetos, utilizando principalmente la fuerza de las piernas y manteniendo la espalda recta.**
- C) Evitar cualquier tipo de ejercicio físico para no agravar la condición lumbar.

Justificación

La técnica correcta de levantar objetos implica usar la fuerza de las piernas en lugar de la espalda, lo cual distribuye el esfuerzo de manera más adecuada y reduce la carga sobre la columna vertebral. Esto ayuda a prevenir lesiones y disminuir el dolor lumbar. Además, mantener la espalda recta y flexionar las rodillas durante el levantamiento asegura una mejor alineación del cuerpo, minimizando el riesgo de sobrecarga y tensión en la zona lumbar. En cambio, usar una faja lumbar constantemente puede llevar a la dependencia y a la debilitación de los músculos, y evitar el ejercicio físico no favorece la mejora de la fuerza y la flexibilidad necesarias para una buena mecánica corporal.

Para realizar cambios posturales en un paciente encamado, se deben colocar almohadas de soporte en los siguientes puntos: debajo de la __, entre las __, y a lo largo del ____, para asegurar una correcta alineación corporal y evitar puntos de presión. ¿Cuáles son los elementos que completan correctamente los espacios en blanco?

Respuesta

- A) Cabeza, rodillas, espalda
- B) Cuello, tobillos, espalda
- C) Cabeza, tobillos, piernas
- D) Cuello, rodillas, piernas

Para realizar cambios posturales en un paciente encamado, se deben colocar almohadas de soporte en los siguientes puntos: debajo de la __, entre las ____, y a lo largo del ____, para asegurar una correcta alineación corporal y evitar puntos de presión. ¿Cuáles son los elementos que completan correctamente los espacios en blanco?

Respuesta

- A) Cabeza, rodillas, espalda**
- B) Cuello, tobillos, espalda
- C) Cabeza, tobillos, piernas
- D) Cuello, rodillas, piernas

Para realizar cambios posturales en un paciente encamado, se deben colocar almohadas de soporte en los siguientes puntos: debajo de la _____, entre las _____, y a lo largo del _____, para asegurar una correcta alineación corporal y evitar puntos de presión. ¿Cuáles son los elementos que completan correctamente los espacios en blanco?

Respuesta

- A) Cabeza, rodillas, espalda**
- B) Cuello, tobillos, espalda
- C) Cabeza, tobillos, piernas
- D) Cuello, rodillas, piernas

TECNICAS DE ALIMENTACION

Lcdo. Bryan Monserrate Macias

La técnica usada por parte del personal de enfermería dependerá del estado del paciente, se dividirán en pacientes que autonomía en la alimentación y pacientes que requieren de otro mecanismo para hacer uso de los nutrientes.



Alimentación por vía oral

Pacientes que pueden comer solos, no necesitan ayuda para comer, sin embargo, los cuidados previos son importantes, incluyen: la identificación y reparto correcto de la comida, preparar al paciente en una posición adecuada, verificar el tipo de dieta y corroborar con la comida, observar algún problema durante la alimentación, finalmente realizar higiene bucal.

Alimentación asistida

Procedimiento o conjunto de técnicas usadas para apoyar a las personas con dependencia o que de acuerdo a su estado físico o psicológico no les permita realizar de forma autónoma.



Proceso de digestión

Transformación de los alimentos a su paso por el tubo digestivo

Mecánica: Acciones físicas que reducen el tamaño de las partículas para avanzar por el tubo digestivo:

Triturado: Dientes

Deglución: Paso del alimento de la boca a la faringe.

Movimientos: Contracciones musculares digestivas:
De mezcla: mezclan las partículas con los jugos gástricos
Peristálticos: Avanza el alimento por el tubo.

Química: Transformación de macromoléculas en nutrientes ayudados por enzimas.

Boca: Saliva y enzima, Amilasa de glúcidos y almidón en azúcares mas sencillos

Estomago: Jugo gástrico Ac. Clorhídrico y enzima pepsina; digestión de proteínas.

I. Delgado: Jugos pancreáticos y enzimas: Lipasa descompone la grasa.

Proceso de digestión

Transformación de los alimentos a su paso por el tubo digestivo

Mecánica: Acciones físicas que reducen el tamaño de las partículas para avanzar por el tubo digestivo:

Triturado: Dientes

Deglución: Paso del alimento de la boca a la faringe.

Movimientos: Contracciones musculares digestivas:
De mezcla: mezclan las partículas con los jugos gástricos
Peristálticos: Avanza el alimento por el tubo.

Química: Transformación de macromoléculas en nutrientes ayudados por enzimas.

Boca: Saliva y enzima, Amilasa de glúcidos y almidón en azúcares mas sencillos

Estomago: Jugo gástrico Ac. Clorhídrico y enzima pepsina; digestión de proteínas.

I. Delgado: Jugos pancreáticos y enzimas: Lipasa descompone la grasa.

Alimentación asistida

Alimentación enteral: Sonda que va directo al estomago o intestino delgado.
Indicada: pacientes que no pueden tomar alimentos por la boca, que no pueden utilizar algún tramo de su tubo digestivo (estomago, esófago)

La administración puede realizarse por **sonda nasogástrica, sonda naso entérica y sondajes de implantación quirúrgica.**

El **personal de enfermería** realiza la administración de los nutrientes (a temperatura ambiente y templada), se ocupa de los cuidados de inserción y permeabilidad de la sonda, de la piel, del equilibrio entre aportes y perdidas, y de la prevención de complicaciones.

Alimentación asistida - Enteral

Jeringa de alimentación

Método tradicional, suele utilizarse una jeringa de 50 mL y 100 mL y se realiza una **administración intermitente** mediante emboladas de 200-400 mL, generalmente cada 4-6 horas, lo que hace que el proceso dure aproximadamente 15 minutos. Se emplea con una sonda nasogástrica.

Este sistema se está abandonando, en favor de otras técnicas que permiten un mejor control sobre la administración de la solución y que disminuyen la intolerancia gástrica o la diarrea.



Sistema de goteo

La solución nutritiva se presenta en una bolsa apropiada o se introduce en ella, conectándola a un sistema de goteo con cámara cuentagotas. La cantidad a infundir en 24 horas se fracciona en «tomas», la bolsa se cuelga en un soporte de sueros y se administra la solución a la frecuencia de flujo apropiada (número de gotas por minuto). Este método facilita la **administración intermitente**. La duración puede ser fraccionada, con una frecuencia similar a la de la jeringa de alimentación, o en goteo lento de varias horas. Es muy frecuente (se denomina también administración continua intermitente, por ser un método intermedio). Suele emplearse con sonda nasogástrica.



Con bomba de infusión enteral o nutribomba

Se utiliza una bomba de infusión en la que se ajusta la velocidad de entrada (mililitros/hora) de la solución nutritiva al interior del tubo digestivo. Es un método de **administración continua**. Suele emplearse con sonda nasogástrica o de gastrostomía. Suele ser de fácil manejo y consta de alarmas ópticas y acústicas ante fallos en la infusión, acodamiento, burbujas, falla de la batería o finalización. Es el método mejor tolerado por el paciente. Tiene una duración de 24 horas.



Alimentación asistida – Sonda Nasogástrica



Procedimiento 3: Alimentación por sonda nasogástrica

Recursos materiales

Dieta enteral, vaso con agua, jeringa de alimentación, boteo, servilleta, guantes.

Protocolo de actuación

1. Lavarse las manos y ponerse los guantes, explicar el procedimiento al paciente y pedirle su colaboración.
2. Ponerle en una posición cómoda (Fowler), colocarle la servilleta.
3. Destapar la sonda e irrigar con 30 ml de agua, aproximadamente (para comprobar la permeabilidad). En algunas ocasiones, previamente se comprueba el contenido gástrico residual, que no debe exceder de 100 ml.
4. Aspirar el preparado (ya sea comercial o elaborada en el hospital) con la jeringa de alimentación. Como debe estar templado puede calentarse al baño María.
5. Conectar la sonda con el cono de la jeringa e introducir el alimento de forma lenta y continua, por gravedad o ejerciendo una ligera presión.
6. Después de introducir el volumen indicado, irrigar de nuevo la sonda con 30 ml de agua. Con ello se evita la formación de costras, la obstrucción de la sonda y la reproducción bacteriana.
7. Tapar o pinzar la sonda y retirar el equipo, acomodar al paciente, dejándole un tiempo en la posición que estaba (si

lo desea), para evitar reflujo gastroesofágico (por el riesgo de broncoaspiración).

8. Observar la tolerancia del paciente a la dieta (sensación de plenitud, náuseas, vómitos, diarrea).
9. Comunicar las incidencias y datos observados a la enfermera para su registro.



Fig. 10.22. Nutrición a través de una sonda nasogástrica.

Alimentación asistida – Nasoenterica

El personal de enfermería se encargará de la perfusión, ya sea por goteo lento intermitente o continua.

Enfermería estará a cargo de:

Vigilar los sistemas

Higiene bucal

Realización del balance

Observación de la tolerancia nutricional

Se selección el tipo de nutrición prescrita y la bomba a usar.

Se purga, programa, conecta, y se inicia la infusión.

Atentos a alarmas de las maquinas.

Alimentación asistida

Nasogástrica: Pacientes clínicamente estables que requieren apoyo nutricional.

Transpilórica: Pacientes con enfermedades que involucran el estómago, riesgo aspiratorio.

Gastrostomía: Pacientes con el esófago comprometido, alimentación a largo plazo.

Yeyunostomía: Pacientes con íleo paralítico asociado con cirugía abdominal.

Volumen Gástrico Residual

En los tipos de alimentación de forma intermitente esta medición se la realiza antes de cada alimentación, en la alimentación continua es de cada 4 a 8 horas.

Residuo gástrico positivo: presencia de volumen de drenado superior a 200 ml en cada comprobación, los volúmenes residuales mayores a 200 ml pueden vincularse con un riesgo aumentado de aspiración y neumonía asociada.

Los volúmenes gástricos residuales se miden antes de cada alimentación
----- y cada 4 a 8 horas durante la alimentación
----- . Los volúmenes residuales mayores a
----- pueden vincularse con un riesgo aumentado de
aspiración y neumonía asociada.

Respuestas:

- Intermitente – continua – 200 ml.
- Continua – intermitente – 100 ml.
- Intermitente – continua – 50 ml.
- Continua – intermitente – 150 ml.

Los volúmenes gástricos residuales se miden antes de cada alimentación
----- y cada 4 a 8 horas durante la alimentación
----- . Los volúmenes residuales mayores a
----- pueden vincularse con un riesgo aumentado de
aspiración y neumonía asociada.

Respuestas:

- **Intermitente – continua – 200 ml.**
- Continua – intermitente – 100 ml.
- Intermitente – continua – 50 ml.
- Continua – intermitente – 150 ml.

Alimentación Parenteral

También se la conoce como Hiperalimentación endovenosa, es el aporte al organismo, por vía parenteral, de los nutrientes necesarios para mantener el equilibrio nutricional en los pacientes que no se pueden usar la vía enteral o que requieran de un mayor aporte calórico y proteico.

Pacientes indicados

Fistulas digestivas, íleo paralítico, síndrome de mal absorción, **enfermedad de Crohn**, posterior a cirugía entérica, riesgo de broncoaspiración con nutrición enteral.

Enfermedad de Crohn: Enfermedad crónica autoinmunitaria que se caracteriza por la inflamación de la mucosa intestinal acompañado de diarrea crónica, dolor abdominal, etc. Dieta pobre en carbohidratos.

Nutrición Parenteral Central

Nutrientes que necesitan ser infundidos por vía central, debido a la alta osmolaridad de la solución que sobrepasa los 900 mOsm/L.

Composición

Este tipo de nutrición estar compuesta por Glucosa, lípidos, aminoácidos.

En pacientes con hipertrigliceridemia no se utilizan preparados con lípidos.

Nutrición Parenteral Periférica

Técnica de administración de nutrientes por vía periférica, en pacientes que tienen excluida la función gastrointestinal.

Es realizado por el personal de enfermería, tienen menos complicaciones que las NPC en cuanto a riesgo de infección asociadas a catéter venosos central.

Alimentación Parenteral Vías de administración

Al ser una técnica que se usa directamente el torrente circulatorio se enumeran las siguientes vías venosas usadas en su administración:

Vía periférica (NPP o nutrición parenteral periférica)

El catéter se introduce en una vena periférica (vena mediana basilica en el brazo, vena femoral en la pierna) y se fija a la piel con esparadrapo hipoalérgico. Suele emplearse cuando la nutrición parenteral es parcial, es decir, cuando completa el ingreso por vía digestiva. No es una vía segura y presenta elevado riesgo de flebotrombosis.

Vía central directa (NCP o nutrición parenteral central)

El catéter se introduce en una vena de grueso calibre para facilitar la dilución de la solución en el flujo sanguíneo, ya que las mezclas nutritivas suelen tener una alta concentración osmótica. Generalmente, se emplea la vena subclavia o la yugular, que desembocan en la vena cava superior. El catéter se fija a la piel con un punto de sutura, después de canalizada la vía. Es una de las vías de elección cuando se administra nutrición parenteral total. Después de insertar el catéter, es necesario comprobar radiológicamente su correcta colocación.

Vía central a través de una vía periférica (NCP)

El catéter (de gran longitud, flexible y radiopaco) se introduce desde una vena periférica hasta una vena central. Suele utilizarse para la nutrición parenteral total. Es necesaria una comprobación radiológica, posterior a la inserción del catéter, antes de comenzar la perfusión.

María, una paciente de 55 años, ha sido diagnosticada con cáncer gástrico avanzado y no puede recibir nutrición oral o enteral. Su equipo médico decide administrarle nutrición parenteral para asegurar que reciba los nutrientes necesarios. La nutrición parenteral de María debe incluir componentes esenciales para mantener su equilibrio nutricional y energético. ¿Cuál de los siguientes conjuntos de componentes es el más adecuado para la nutrición parenteral de María?

- A) Aminoácidos, ácidos grasos esenciales, vitaminas, minerales
- B) Proteínas completas, grasas saturadas, carbohidratos simples
- C) Colágeno hidrolizado, triglicéridos de cadena larga, azúcares refinados
- D) Fibra dietética, grasas trans, carbohidratos complejos

María, una paciente de 55 años, ha sido diagnosticada con cáncer gástrico avanzado y no puede recibir nutrición oral o enteral. Su equipo médico decide administrarle nutrición parenteral para asegurar que reciba los nutrientes necesarios. La nutrición parenteral de María debe incluir componentes esenciales para mantener su equilibrio nutricional y energético. ¿Cuál de los siguientes conjuntos de componentes es el más adecuado para la nutrición parenteral de María?

- A) Aminoácidos, ácidos grasos esenciales, vitaminas, minerales**
- B) Proteínas completas, grasas saturadas, carbohidratos simples
- C) Colágeno hidrolizado, triglicéridos de cadena larga, azúcares refinados
- D) Fibra dietética, grasas trans, carbohidratos complejos

Aminoácidos: Son los componentes básicos de las proteínas y esenciales para la reparación y el mantenimiento de los tejidos.

Ácidos grasos esenciales: Proveen energía y son cruciales para la función celular y la producción de hormonas.

Vitaminas y minerales: Son necesarios para numerosas funciones metabólicas y el mantenimiento de la salud general.

Estos componentes aseguran que María reciba una nutrición completa y equilibrada, necesaria para su recuperación y mantenimiento de la salud en ausencia de nutrición oral o enteral.

Mujer de 70 años con enfermedad de Alzheimer en fase avanzada. Presenta dificultad para tragar y pérdida de peso significativa en las últimas semanas. Ingresa a la consulta con desnutrición moderada y debilidad generalizada. El profesional de salud observa que la paciente tiene un índice de masa corporal bajo, sequedad bucal y dificultad para comunicarse verbalmente. Considerando las dificultades de deglución y el riesgo de aspiración, se plantea la necesidad de iniciar alimentación con nutrición enteral para asegurar una adecuada ingesta de nutrientes. ¿Cuál de las siguientes técnicas de alimentación con nutrición enteral sería la más adecuada para la paciente?

Respuesta

- A) Alimentación por gravedad
- B) Alimentación por bomba de infusión continua
- C) Alimentación intermitente

Mujer de 70 años con enfermedad de Alzheimer en fase avanzada. Presenta dificultad para tragar y pérdida de peso significativa en las últimas semanas. Ingresa a la consulta con desnutrición moderada y debilidad generalizada. El profesional de salud observa que la paciente tiene un índice de masa corporal bajo, sequedad bucal y dificultad para comunicarse verbalmente. Considerando las dificultades de deglución y el riesgo de aspiración, se plantea la necesidad de iniciar alimentación con nutrición enteral para asegurar una adecuada ingesta de nutrientes. ¿Cuál de las siguientes técnicas de alimentación con nutrición enteral sería la más adecuada para la paciente?

Respuesta

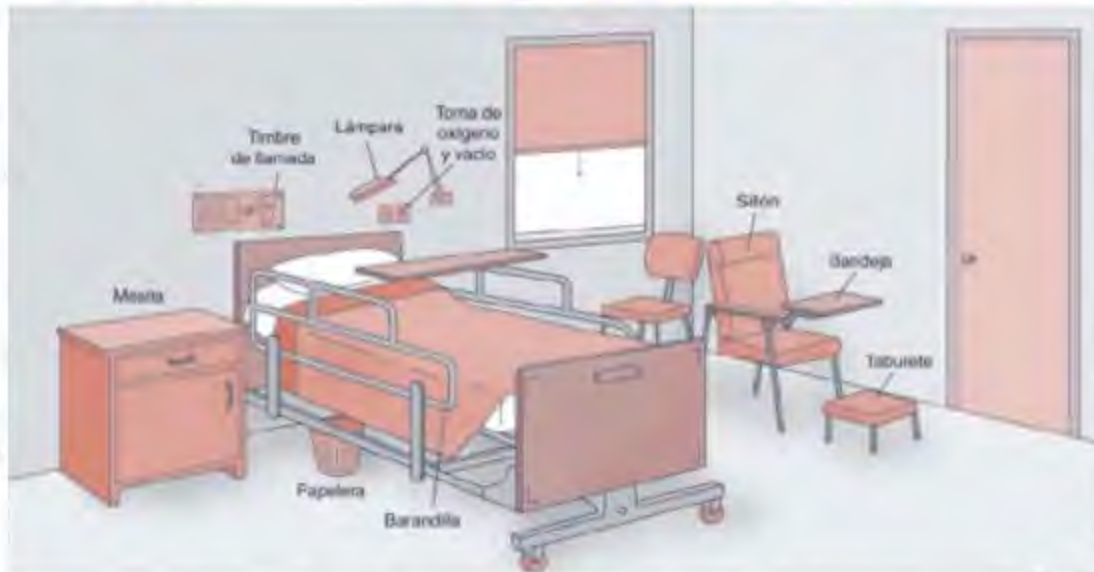
- A) Alimentación por gravedad
- B) Alimentación por bomba de infusión continua**
- C) Alimentación intermitente

Alimentación por gravedad: En relación al caso puede no ser suficiente para asegurar un aporte constante y controlado de nutrientes en pacientes con problemas de deglución severos como la paciente descrita, especialmente durante todo el día y la noche.

Alimentación intermitente: También es una opción común, pero puede no proporcionar la continuidad necesaria en el suministro de nutrientes, lo cual es crucial para mantener la estabilidad nutricional en pacientes con desnutrición moderada.

Alimentación por bomba de infusión continua: Esta opción permite administrar de manera continua y controlada la nutrición enteral, asegurando que la paciente reciba un flujo constante de nutrientes a lo largo del día y durante la noche, sin interrupciones importantes. Esto es especialmente importante para evitar fluctuaciones en los niveles de glucosa y proporcionar una nutrición constante y equilibrada, mejorando así la recuperación nutricional de la paciente con enfermedad de Alzheimer avanzada y dificultades para tragar.

Unidad del Paciente



Conjunto formado por el espacio de la habitación, el mobiliario y el material que utiliza durante su estancia en el centro hospitalario.

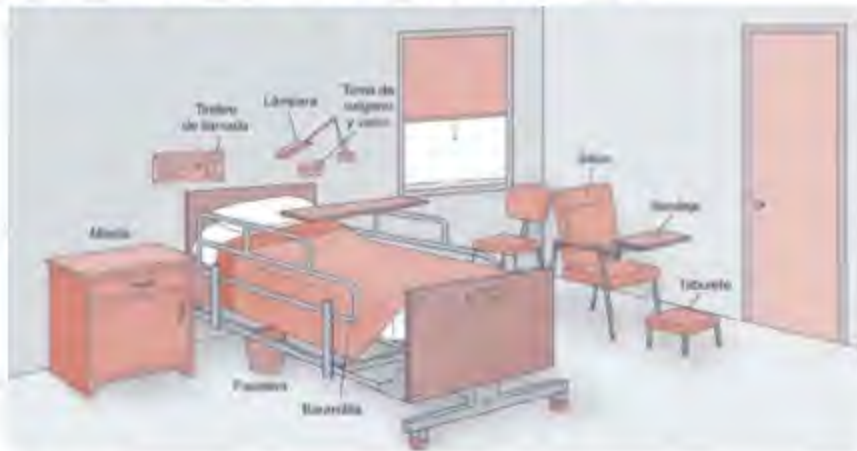
Unidad de pediatría: en este caso es importante que se diseñe y decore con colores especiales o con motivos que llamen la atención del niño y le resulten alegres y atractivos

Unidad de geriátrico: Pacientes dependientes o por otro motivo de discapacidad o invalidez la unidad deberá estar adaptada al tipo de paciente, sillas de rueda, mayor espacio, suelo antideslizante, etc.

Unidades con características especiales: medicina intensiva, obstetricia, pediatría, traumatología, quemados, radioterapia, etc. Otro tipo de utensilios.

Mobiliario

Existen grandes diferencias entre una habitación de servicios especiales (UVI, coronarias, diálisis, etc.) y una de hospitalización general (medicina interna, cirugía general). **Mobiliario mas comunes:**



Materiales

Se le debe proporcionar una serie de materiales o productos para favorecer su comodidad en la realización de las actividades diarias de higiene personal, alimentación y eliminación de excretas, y para facilitar la ejecución de los cuidados diarios que éste necesite.



Limpieza y Desinfección

Los profesionales de enfermería y otros trabajadores de la salud desempeñan un papel clave para reducir la propagación de la enfermedad, minimizar las complicaciones y disminuir los resultados adversos para sus pacientes.

Limpieza: Proceso de separación, por medios mecánicos y/o físicos, de la suciedad depositada en las superficies inertes, que constituyen un soporte físico y nutritivo del microorganismo en el que el mismo puede desarrollarse con capacidades reproductivas.

Desinfección: elimina de forma específica las bacterias y virus de superficies u objetos mediante el uso de productos químicos, en objetos inanimados aplicado sustancia desinfectantes.

Antisepsia

Básicamente el proceso de antisepsia es el mismo que el de desinfección, la gran diferencia entre ambos conceptos deriva de la superficie sobre la que se aplica. En la desinfección, el desinfectante a utilizar se distribuye sobre zonas u objetos inanimados, mientras que en la antisepsia se aplica sobre superficies animadas (como, por ejemplo, la piel de una persona).

Métodos físicos	Pasteurización: agua a 77°C durante 30 minutos. Destruye microorganismos pero no esporas bacterianas
	Hervido: agua a 100°C o más, durante 5 a 20 minutos, en un recipiente cerrado. Secado con toalla estéril o aire
	Desinfectadores de agua o chorro de agua: temperaturas superiores a 90°C. Limpieza de útiles del paciente (cuñas, botellas, etc).
	Radiación ultravioleta: inactiva microorganismos al desnaturalizar los ácidos nucleicos.
Métodos químicos	Antisépticos: consiste en aplicar sustancias químicas en los tejidos vivos (piel o mucosas), para eliminar los microorganismos patógenos y/o inactivar virus. Existe gran diversidad.

La técnica de limpieza y desinfección recomendada incluye el empleo de los siguientes principios:

- De arriba hacia abajo: iniciando por techos, luego paredes y puertas; y por último suelos.

- De adentro hacia fuera iniciando por el lado opuesto a la entrada.

Iniciar de lo más limpio y terminar en lo más contaminado, evitando así la proliferación de microorganismos.

- Las superficies deben quedar lo más secas posibles. La humedad favorece la multiplicación de los gérmenes

- Al cambiar de labor, es necesario lavar muy bien los guantes y desinfectarlos o desecharlos si es necesario

- Retirar elementos y/o residuos hospitalarios según las normas de bioseguridad y manejo de los mismos.

La limpieza y desinfección de la unidad del paciente se divide en dos tipos:

Concurrente/Rutinaria/Diaria

Se realiza en forma diaria

Terminal

Se realizará al egreso del paciente, en forma minuciosa (por ejemplo: colchón, incubadoras, cunas, accesorios del paciente y mobiliario).



Clasificación de las áreas de limpieza

Crítica

- Quirófanos
- Laboratorio
- Banco de sangre
- Hospitalización
- Urgencias
- Cuidados críticos
- **Albergues y sala de internaciones con pacientes COVID-19 positivo**

Semicrítica

- Salas de internados de pacientes sin infecciones.
- Áreas comunes.
- Enfermerías.
- **Consultorios ambulatorios.**
- Baños.
- Ascensores.
- Pasillos.
- Vestidores.
- Estar médico.

No crítica

- Oficinas gerenciales.
- Áreas dentro de los establecimientos de salud no ocupados por pacientes y donde no se realizan procedimientos generadores de aerosoles.
- Oficinas administrativas.

Limpeza y Desinfección Concurrente

Limpeza y desinfección de objetos en contacto directo o indirecto con el paciente, estando el paciente presente, de rutina prestablecida, inmediatamente si existen fluidos corporales del paciente.

El aseo concurrente incluye limpieza del velador, mesa, silla, piso, cama y soportes de suero.

En quirófano, antes de cada intervención quirúrgica, al término de cada intervención quirúrgica y después de todas intervenciones quirúrgicas del día

Limpieza y Desinfección Terminal

Se realizará inmediatamente después del alta, traslado o defunción del paciente; teniendo en cuenta los principios básicos de la limpieza.

En las áreas críticas: UCI adulto y pediátrico, neonatología, áreas de aislamiento, debería **hacerse 1 vez por semana**.

La desinfección terminal incluye una limpieza y desinfección minuciosa de todos los elementos y planta física de la habitación o unidad del paciente y clínica de enfermería.

Limpieza de fluidos derramados

Si en alguna de estas áreas se presenta un derrame de fluidos corporales, la limpieza y desinfección debe ser de alto nivel.

La desinfección terminal incluye una limpieza y desinfección minuciosa de todos los elementos y planta física de la habitación o unidad del paciente y clínica de enfermería.

Identifique el criterio a tener en cuenta en la desinfección de la unidad del paciente:

Respuestas:

- Comenzar por las áreas más limpias.
- Sacudir el polvo antes de aplicar la solución desinfectante.
- Iniciar la desinfección terminal al final del turno de trabajo.
- Realizar la desinfección concurrente después del alta del paciente.

Identifique el criterio a tener en cuenta en la desinfección de la unidad del paciente:

Respuestas:

- **Comenzar por las áreas más limpias.**
- Sacudir el polvo antes de aplicar la solución desinfectante.
- Iniciar la desinfección terminal al final del turno de trabajo.
- Realizar la desinfección concurrente después del alta del paciente.

Durante la desinfección concurrente en la unidad del paciente, es crucial limpiar y desinfectar las superficies de contacto frecuente, como ____, al menos ____.

Opciones:

- A. los interruptores de luz; una vez por semana
- B. las barandillas de la cama; dos veces al día
- C. los suelos; una vez al día
- D. los baños; después de cada uso

Durante la desinfección concurrente en la unidad del paciente, es crucial limpiar y desinfectar las superficies de contacto frecuente, como ____, al menos ____.

Opciones:

- A. los interruptores de luz; una vez por semana
- B. las barandillas de la cama; dos veces al día**
- C. los suelos; una vez al día
- D. los baños; después de cada uso

Unidad del Paciente

Las superficies de contacto frecuente, como las barandillas de la cama, deben limpiarse y desinfectarse al menos dos veces al día para minimizar el riesgo de transmisión de patógenos en la unidad del paciente. Esto es especialmente importante en entornos hospitalarios donde los pacientes pueden tener sistemas inmunitarios comprometidos.



Curso

Medidas de Higiene y Confort

Lcdo. Bryan Monserrate Macias

Virginia Henderson y otros autores encuadran la higiene dentro de las necesidades básicas de las personas. De hecho, Maslow establece como prioritarias las necesidades fisiológicas, dentro de las cuales están la necesidad de termorregulación y la necesidad de eliminación, en donde la piel tiene especial importancia, por lo que es imprescindible que esta se mantenga en buen estado.

Higiene: Se ocupa de las prácticas que conducen a una buena salud, y su conservación; entendiendo que una buena higiene personal, es importante para la salud de los individuos, pero la higiene mental es imprescindible para vivir y desarrollarse en armonía

Virginia Henderson y otros autores encuadran la higiene dentro de las necesidades básicas de las personas. De hecho, Maslow establece como prioritarias las necesidades fisiológicas, dentro de las cuales están la necesidad de termorregulación y la necesidad de eliminación, en donde la piel tiene especial importancia, por lo que es imprescindible que esta se mantenga en buen estado.

Higiene: Se ocupa de las prácticas que conducen a una buena salud, y su conservación; entendiendo que una buena higiene personal, es importante para la salud de los individuos, pero la higiene mental es imprescindible para vivir y desarrollarse en armonía

Finalidad de la higiene

- Observar cualquier signo que pueda ser orientativo de un problema de salud (piel, sistema musculo - esquelético, conducta, entre otros).
- Conservar la integridad de la piel para que pueda realizar adecuadamente sus funciones.
- Evitar acumulación de secreciones y la proliferación bacteriana, que favorece la aparición de infecciones.
- Eliminar células descamadas y suciedad, y evitar el mal olor.
- Estimular la circulación sanguínea.
- Disminuir la temperatura corporal en casos de que el paciente presente fiebre.
- Contribuir a mantener o mejorar la autoestima del paciente.
- Mejorar su confort y bienestar.
- Favorecer la relación de ayuda, por la proximidad que requieren los procedimientos.

Aseo General

Son las técnicas de baño del paciente que incluyen aseo en ducha, en cama, entre otras. Éste se realiza sobre toda la superficie corporal. Debe llevarse a cabo diariamente, generalmente por la mañana, antes del cambio de ropa de cama. Si el paciente es independiente o mínimamente dependiente, lo hará el mismo, con supervisión del técnico de enfermería de nivel superior.

Aseo Parcial

Éstas son, aseo del cabello, genitales, oral, entre otras. Pueden realizarse junto al aseo general o bien por separado, puesto que su frecuencia variará dependiendo de las necesidades del paciente.

Categorías de baño

Baño completo en la cama: El profesional de enfermería lava todo el cuerpo de un paciente dependiente en la cama.

Baño en la cama con ayuda del paciente: Los pacientes confinados a la cama son capaces de bañarse a sí mismos con la ayuda del profesional de enfermería en la espalda y quizá los pies.

Baño parcial: Sólo se lavan las partes del cuerpo del paciente que pudieran producir molestias u olor si se descuidaran: la cara, las manos, las axilas, la zona perineal y la espalda. Se omiten los brazos, el tórax, el abdomen, las piernas y los pies.

Baño en bañera: También se usan para baño terapéuticos.

Ducha: Muchos pacientes ambulatorios son capaces de usar la ducha y sólo necesitan una mínima ayuda del profesional de enfermería.

Agua templada - 43 °C a 46 °C

Categorías de baño

Los diferentes tipos de baño permiten valorar:

- **Estado de la piel** (color, textura y turgencia, presencia de manchas pigmentadas, temperatura, lesiones, excoriaciones, abrasiones y hematomas)
- **Factores físicos o emocionales** (p. ej., fatiga, sensibilidad al frío, necesidad de control, ansiedad o miedo)
- **Presencia de dolor** y necesidad de medidas complementarias (p. ej., un analgésico) antes del baño
- **Arco de movilidad** de las articulaciones
- Cualquier otro aspecto de la salud que pueda afectar al proceso de baño del paciente (p. ej., movilidad, fuerza, conocimiento)

Higiene Bucal

La higiene oral constituye el método fundamental para que el paciente pueda gozar de una buena salud oral, ya que elimina los restos de comida de la boca, favorece un buen sabor, evita el mal olor y crea una sensación de confort en la cavidad oral, mejorando también la estética y la calidad de vida de las personas. Según la salud bucal del paciente, pueden precisarse cuidados especiales cada 2 a 8 horas.

Materiales: Torulas de algodón, suero Fisiológico, cepillo dental, Enjuague bucal, Bolsa de desechos, guantes de procedimientos, pasta de dientes.

Limpiar la cavidad oral con torulas humedecidas con agua tibia y con movimientos circulares abarcar mucosa oral, encías y cada pieza dentaria desde su base

Higiene Bucal

Para el enjuague bucal suele usarse clorhexidina concentraciones de 0.12, 0.2% y 0.05%

Actúa sobre el Streptococcus Mutans habitual en los procesos de caries y sobre Candida Albicans que da lugar a micosis o infección por hongos.

Higiene Ocular

Normalmente los ojos no requieren aseo especial porque el líquido lagrimal lava constantemente el ojo. Los párpados y las pestañas impiden la entrada de partículas del exterior. Sin embargo, los pacientes inconscientes, post operados de cirugía ocular o los que presenten algún tipo de infección, requieren de una higiene proporcionada por un profesional de salud.

Materiales: Tórulas gasas, o gasas, suero fisiológico, bolsa de desechos, guantes de procedimientos.

Humedezca una torula de gasa en suero fisiológico y limpie sólo la secreción en el ángulo interno del ojo si existe. Elimina la torula en el depósito para material sucio.

Higiene de Oídos

En general, este procedimiento suele hacerlo el paciente, sin mayores inconvenientes. En caso que el paciente esté inconsciente o presente dificultades en la movilización, enfermería debe realizar esta acción.

Materiales: Torulas de algodón, agua bidestilada o suero fisiológico al 0,9%, bolsa de desechos, guantes de procedimientos.

Con tórula humedecida con agua bidestilada o suero fisiológico al 0,9% limpiar el pabellón auricular haciendo hincapié en pliegues y región retroauricular

Higiene Nasal

Se realiza aseo nasal cuando la nariz se encuentre con secreciones secas y el paciente no se lo pueda realizar por sí solo.

Materiales: Torulas de algodón, agua bidestilada o suero fisiológico al 0,9%, bolsa de desechos, guantes de procedimientos.

Introducir la torula por el orificio nasal suavemente, con movimientos rotatorios y ascendente.

Repetir procedimiento hasta retirar toda la secreción acumulada en ambas fosas nasales.

Higiene Genital

Es una técnica que se utiliza para evitar las infecciones urinarias y ulceraciones, así como proporcionar al paciente una sensación de bienestar y comodidad. Se realiza siempre al final del aseo general, después de las deposiciones y cada vez que sea necesario.

Materiales: Jarro con agua tibia sola, Guantes de procedimientos, pechera desechable, 5 Torulas grandes de algodón mojadas y estrujadas, biombo (en caso de ser necesario), bolsa de desecho.

Higiene Genital – Femenino

- Desde el pubis hacia abajo, por arrastre, sin devolverse en la zona inguinal derecha y después izquierda.
- Sobre los labios mayores, derecho e izquierdo, igual técnica.
- Separar los labios mayores con la mano dominante y con la otra limpie labios menores de arriba abajo, utilizando una torula.
- Con una torula limpiar vulva con un solo movimiento desde arriba hacia abajo.
- Con la última torula limpiar con un solo movimiento de arriba hacia abajo zona anal.

Higiene Genital – Masculino

- Limpiar zona inguinal pasando torula desde el pubis hacia abajo por ambos lados, utilizando una torula por vez.
- Limpiar las bolsas escrotales
- Limpiar el pene desde la base a distal primero la cara anterior con la torula y luego la cara posterior del pene con la cara opuesta de la torula en la misma dirección
- Echar suavemente hacia atrás el prepucio y con una torula limpiar el glande con un movimiento giratorio
- Limpiar en un solo movimiento la zona anal.

Paciente: Mujer de treinta y cinco años, con antecedentes de diabetes tipo 2 y obesidad. Al ingresar a la consulta, presenta signos de infección en una herida quirúrgica reciente en la pierna derecha, con enrojecimiento, hinchazón y exudado purulento. La revisión clínica indica una posible celulitis. El profesional de salud debe decidir el mejor curso de acción para tratar la infección y mejorar la higiene de la herida. ¿Cuál de las siguientes acciones es más apropiada para la limpieza de la herida de este paciente?

Respuesta

1. Lavar la herida solo con agua y jabón.
2. Usar una solución salina estéril para limpiar la herida.
3. Aplicar un desinfectante fuerte, como peróxido de hidrógeno, directamente sobre la herida.

Paciente: Mujer de treinta y cinco años, con antecedentes de diabetes tipo 2 y obesidad. Al ingresar a la consulta, presenta signos de infección en una herida quirúrgica reciente en la pierna derecha, con enrojecimiento, hinchazón y exudado purulento. La revisión clínica indica una posible celulitis. El profesional de salud debe decidir el mejor curso de acción para tratar la infección y mejorar la higiene de la herida. ¿Cuál de las siguientes acciones es más apropiada para la limpieza de la herida de este paciente?

Respuesta

1. Lavar la herida solo con agua y jabón.
2. **Usar una solución salina estéril para limpiar la herida.**
3. Aplicar un desinfectante fuerte, como peróxido de hidrógeno, directamente sobre la herida.

La solución salina estéril es ideal para la limpieza de heridas porque es isotónica y no causa daño adicional al tejido. Ayuda a eliminar los residuos y bacterias sin ser irritante o tóxica para la piel y los tejidos expuestos.

En contraste, lavar solo con agua y jabón (opción uno) podría no ser suficiente para desinfectar adecuadamente, y usar un desinfectante fuerte como el peróxido de hidrógeno (opción tres) puede dañar el tejido sano y retrasar la cicatrización. Por lo tanto, la solución salina estéril es la opción más segura y efectiva.

Paciente de 66 años, hospitalizado desde hace 15 días en el área de UCI con ventilación mecánica invasiva. Durante el turno se observa que el paciente presenta mal olor y presencia de secreción blanquecina a nivel bucal. ¿Cuál de las siguientes intervenciones es prioritaria para realizar la higiene oral al paciente?

Respuestas:

- Aplicar solución antiséptica de clorhexidina al 0.12%
- Cepillar primero las superficies exteriores de los dientes.
- Evitar realizar aspiraciones durante el procedimiento.
- Un enfermero se encarga del cuidado de un paciente.

Paciente de 66 años, hospitalizado desde hace 15 días en el área de UCI con ventilación mecánica invasiva. Durante el turno se observa que el paciente presenta mal olor y presencia de secreción blanquecina a nivel bucal. ¿Cuál de las siguientes intervenciones es prioritaria para realizar la higiene oral al paciente?

Respuestas:

- **Aplicar solución antiséptica de clorhexidina al 0.12%**
- Cepillar primero las superficies exteriores de los dientes.
- Evitar realizar aspiraciones durante el procedimiento.
- Un enfermero se encarga del cuidado de un paciente.

Termorregulación o regulación térmica

El cuerpo humano debe mantener una temperatura corporal constante, entre $36 - 37\text{ }^{\circ}\text{C}$, para la correcta realización de las funciones vitales, puede variar según la zona del cuerpo donde se tome. Por ejemplo, en la axila, la temperatura es de $36,5 - 37\text{ }^{\circ}\text{C}$, en el recto aumenta en $0,5\text{ }^{\circ}\text{C}$.

Cualquier circunstancia que modifique la temperatura corporal, pone en marcha una serie de mecanismos reguladores para mantenerla constante.

Termorregulación o regulación térmica

Sistema de regulación

Receptores térmicos: en las terminaciones nerviosas localizadas sobre la superficie corporal, perciben las modificaciones de la temperatura del exterior y transmiten la información a la corteza cerebral, la cual se emite una respuesta consciente según se perciba frío o calor (abrigarse, abanicarse, tomar bebidas calientes o frías)

Receptores centrales localizados en el hipotálamo ponen en marcha de manera inconsciente una serie de mecanismos para ganar o perder calor según perciba disminución o ascenso de la temperatura.

Aplicación de calor y frío

Termorregulación o regulación térmica

Sistema de regulación

Mecanismos para obtener calor (Termogénesis)

- Aumento del metabolismo basal
- Aumento de la contracción muscular
- Piloerección
- Vasoconstricción periférica
- Disminución de la sudoración

Mecanismos para perder calor (Termólisis)

- Vasodilatación periférica
- Aumento de la sudoración
- Hiperventilación respiratoria

Aplicación de calor y frio

Efectos del calor y del frio sobre el organismo

Los efectos de estos agentes físicos sobre el organismo dependen de varios factores:

- **Extensión** de la zona que se vaya a tratar
- **Duración** de la aplicación.
- **Sensibilidad** del paciente a estos agentes.

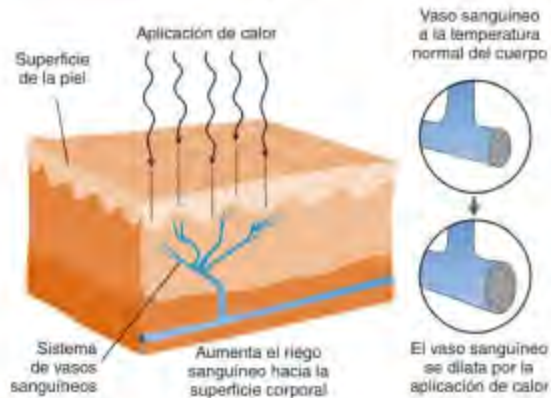
Se produce, inicialmente, una respuesta de defensa a la aplicación, que se transforma posteriormente en una respuesta compensatoria.

Aplicación	Calor	Frio
Local	• Hiperemia (vasodilatación y enrojecimiento) • Sudoración aumentada • Disminución de la sensibilidad táctil • Mejora de la actividad metabólica • Relajación muscular • Analgesia local	• Vasoconstricción local • Disminución de exudados • Anestesia local • Disminución de metabolismo • Escalofríos (contracción muscular) • Piloerección
General	• Aumento de la temperatura corporal • Sedación y relajación • Hipotensión • Aumento de la sudoración	• Disminución de la temperatura corporal • Estimulación

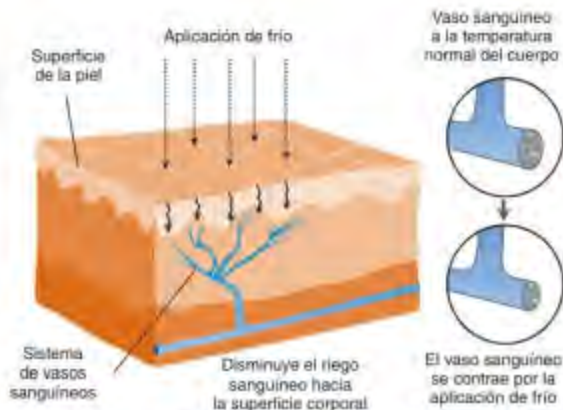
Efectos de la aplicación

Aplicación de calor y frío

Efectos del calor y del frío sobre el organismo



Efectos de la aplicación de calor sobre los vasos sanguíneos



Efectos de la aplicación de frío sobre los vasos sanguíneos

Aplicación de calor Objetivos

Se aplica en busca de un efecto local en específico o en general en el organismo en su conjunto.

- Lograr efectos analgésicos, antiespasmódicos, descongestivos y sedantes.

- Aumenta el intercambio de oxígeno

- Acelerar la absorción de exudados acumulados en zona de edema o inflamación.

- Aumentar el aporte sanguíneo en la región tratada

- Aumentar el metabolismo basal

Aplicación de calor y frío

Aplicación de frío Objetivos

Aliviar el espasmo y dolor muscular

- Reducir el metabolismo basal
- Detener la hemorragia
- Detener parcialmente los procesos supurativos y la absorción de líquidos tisulares
- Reducir le edema e inflamación
- Aliviar el dolor causado por el aumento de líquidos circundantes en los tejidos
- Lograr una anestesia local

Indicaciones terapéuticas y contraindicaciones

Aplicaciones de calor

Teniendo en cuenta la acción y los efectos fisiológicos del calor, sus indicaciones son las siguientes:

Acción	Indicación
Antiinflamatorio	Procesos inflamatorios subagudos y crónicos, por ejemplo, artritis, artritis reumatoide, contracturas musculares, etc.
Analgésico y sedante	Dolores osteoarticulares y neuríticos (aumenta el umbral del dolor).
Antiespasmódico	Contracturas de la musculatura lisa.
Descontracturante	Contracturas de la musculatura estriada, por ejemplo, torticollis.
Hiperemiante	Déficit circulatorios, mejora de procesos infecciosos y de cicatrización,

Aplicación de calor y frío

Indicaciones terapéuticas y contraindicaciones

Aplicaciones de frío o crioterapia

Teniendo en cuenta la acción y los efectos fisiológicos del frío, sus indicaciones son las siguientes:

Acción	Indicación
Anestésico local y antiinflamatoria	Inflamaciones agudas, por ejemplo, esguince, contusión
Vasoconstrictor	Pequeñas hemorragias
Hipotérmica y disminución del metabolismo	Hipertermia o fiebre elevada
Criocoagulación	Cirugía, al producir una destrucción local de los tejidos

Indicaciones terapéuticas y contraindicaciones

Contraindicaciones

Las mas frecuentes son:

Aplicaciones de calor	Aplicaciones de frío
• Trastornos de sensibilidad cutánea • Procesos inflamatorios muy agudos • Lesiones hemorrágicas • Insuficiencias vasculares periféricas • Procesos neoplásicos • Trastornos circulatorios generales	• Antecedentes de congelación • Trastornos vasculares tipo Raynaud

Aplicación de calor y frío

Normas generales – Cuidados de enfermería

Antes de aplicar cualquier procedimiento con frío o calor, es necesario tener en cuenta una serie de precauciones y respetar las siguientes normas generales:

- Preparar todos los recursos materiales necesarios.
- Lavarse las manos y explicar el procedimiento al paciente. Pedirle su colaboración.
- Observar la piel del paciente, antes de la aplicación, para detectar posibles alteraciones que podrían modificar o contraindicar el tratamiento, como eritema, abrasiones (en la aplicación de calor), o cianosis, frialdad o entumecimiento (en la aplicación de frío)- **La observación debe continuar durante el tratamiento y al finalizar este.**

Aplicación de calor y frío

Normas generales – Cuidados de enfermería

- Colocar al paciente en una posición cómoda y adecuada en función de la zona que se va a tratar.
- Medir los constantes vitales, antes, durante y después del tratamiento, para valorar la reacción del organismo a la termoterapia.
- No poner nunca el dispositivo de aplicación en contacto directo con la piel del paciente, para evitar la aparición de lesiones, excepto los aplicaciones húmedas.

Aplicación de calor y frío

Normas generales – Cuidados de enfermería

- Los dispositivos eléctricos deben manipularse con las manos secas y alejados del agua para evitar posibles accidentes.
- Comprobar frecuentemente la temperatura, para asegurarse de que permanece constante (en el valor prescrito) durante todo el tratamiento.
- Extremar las precauciones con los niños, los ancianos y con los pacientes que presentan alteraciones de la conciencia o de la sensibilidad.
- Al terminar el procedimiento, retirar el equipo, instalar cómodamente al paciente y comunicar las observaciones a la enfermera para su registro.

Aplicación de calor y frío

Procedimientos de aplicación de calor

Los agentes que se pueden emplear los clasificaremos en:

- Agentes sólidos y semi sólidos (calor seco).
- Agentes hidroterápicos (calor húmedo).
- Por radiación.
- Por conversión de otro tipo de energía en calor

Agentes sólidos y semisólidos (calor seco)

Manta, almohadilla o cojín eléctrico: llevan un dispositivo eléctrico en su interior que transforma la electricidad en calor. Generalmente se introducen en una cubierta impermeable para facilitar su limpieza, y después en otra de franela que se retira al terminar el tratamiento. Hay que tener cuidado, a la hora de utilizarlo, de que las manos no estén húmedas ni que la manta esté en contacto con el agua.

Procedimientos de aplicación de calor

Calentadores eléctricos

Aparato constituido con una envoltura de arena en cuyo interior dispone de una resistencia eléctrica que la calienta, para aplicaciones locales. Se envuelve en un paño y se aplica cuando la arena caliente y el dispositivo apagado.

Envolturas secas

Se calientan las sabanas o mantas y se envuelven al paciente en ellas, ya acostado el paciente, se lo cubre con una sabana para evitar la pérdida de calor. Aplicación general o local.

Procedimientos de aplicación de calor

Baños de parafina

Aparato eléctrico que funde la parafina y la mantiene a una temperatura constante de unos 52 ° C. Permite aplicación local por inmersión o se puede pincelar la zona que se va a tratar.

Bolsa de agua caliente

Agua caliente dentro una bolsa de goma con tapón, se llena unas 2/3 partes, se extrae el aire y se tapona. Se envuelve con una toalla o lienzo para su aplicación

Hot-packs

Envoltorios rellenos con sustancia gelatinosa. Se puede calentar o enfriar. Aplicación similar a la bolsa caliente.



Aplicación de calor y frío

Procedimientos de aplicación de calor Agentes hidroterápicos (calor húmedo).

Compresas: Aplicación local de agua caliente mediante compresas o paños húmedos.

- Sumergir la compresa en el recipiente con el agua caliente a la temperatura indicada.
- Ecurrir y aplicar inmediatamente en la zona a tratar.
- Cubrir con un protector impermeable y envolver con la toalla (para evitar la pérdida de calor. Aislándolo del exterior)
- Aplicar durante 15-20 minutos; durante el proceso las compresas se se cambian frecuentemente.
- Mantener al paciente con el resto del cuerpo cubierto.
- Empleado en contracturas musculares y como antiinflamatorio, en procesos subagudos y crónicos

Procedimientos de aplicación de calor

Por radiación

Infrarrojos: se utilizan para tratamientos locales y se aplican con una lámpara, que se coloca a una distancia de 40 cm de la zona que se va a tratar (que debe estar desnuda y limpia). La duración del tratamiento es de 20 minutos.

Por conversión en calor de otro tipo de energía (electroterapia)

Se aplican mediante dispositivos que emiten energía eléctrica que se transforma en calor a nivel profundo. Dentro de este grupo se incluyen:

Corrientes de alta frecuencia o diatermia. (Cojín eléctrico)

Procedimientos de aplicación de frío

Frio húmedo – compresas frías

- Sumergir la compresa en el recipiente con el agua fría o hielo picado
- Ecurrir y aplicar inmediatamente en la zona a tratar.
- Cubrir con un protector impermeable.
- Aplicar durante 15-20 minutos; durante el proceso las compresas se cambian frecuentemente para mantener el frío.
- Mantener al paciente con el resto del cuerpo cubierto.
- Empleado en traumatismos o procesos inflamatorios agudos y para contener pequeñas hemorragias.

Procedimientos de aplicación de frio

Frio seco

Bolsa de hielo: son bolsas de goma, redondeadas, con un orificio de entrada lo suficientemente grande para introducir los cubitos de hielo y provistas de un tapón. Se llenan aproximadamente las dos terceras partes para poder amoldarla a la zona a tratar y se taponan. Se aplica envuelta en una toalla o en una bolsa y se mantiene el tiempo necesario.

Collar de hielo: : es un recipiente de goma o de plástico con forma alargada y estrecha, que se adopta fácilmente a la zona que se va a tratar. En su interior puede llevar, bien un líquido con un nivel bajo de congelación, o bien aire helado enfriado mediante un aparato. En Espasmo muscular, artritis, osteoartritis.

Aplicación de calor y frío

Procedimientos de aplicación de frío

Frio seco

Mantas de hipotermia: son similares a las almohadillas delgadas y pueden tener diferentes tamaños. Se conecta a través de un tubo a un aparato que hace circular un líquido frío por su interior.

Cold-packs:

Son bolsas similares a las utilizadas en las aplicaciones de calor. Son desechables y deben aplicarse siguiendo las instrucciones del fabricante.

Dentro de las medidas terapéuticas que realiza el profesional de enfermería están la aplicación de calor y frío. ¿Cuál es un objetivo de la aplicación de frío?

Respuestas:

- Reducir el edema e inflamación.
- Aumentar el aporte sanguíneo en la región tratada.
- Aumentar el metabolismo basal.
- Aumentar el intercambio de O₂.

Dentro de las medidas terapéuticas que realiza el profesional de enfermería están la aplicación de calor y frío. ¿Cuál es un objetivo de la aplicación de frío?

Respuestas:

- **Reducir el edema e inflamación.**
- Aumentar el aporte sanguíneo en la región tratada.
- Aumentar el metabolismo basal.
- Aumentar el intercambio de O₂.

Seleccione la fundamentación para la técnica de aplicación del calor:

Respuestas:

- Acelerar la absorción de exudados acumulados en una zona.
- Aliviar los espasmos musculares secundarias a lesión articular.
- Reducir el metabolismo basal.
- Lograr una anestesia local.



Seleccione la fundamentación para la técnica de aplicación del calor:

Respuestas:

- **Acelerar la absorción de exudados acumulados en una zona.**
- Aliviar los espasmos musculares secundarias a lesión articular.
- Reducir el metabolismo basal.
- Lograr una anestesia local.

Mujer de 60 años, con antecedentes de artritis reumatoide y diabetes tipo dos, presenta dolor y edema en la rodilla derecha después de una caída. En la consulta, refiere que el dolor ha empeorado en las últimas 24 horas, y nota que la rodilla está caliente al tacto. En la revisión clínica, se observa inflamación significativa y enrojecimiento en la zona afectada. ¿Cuál es la intervención más adecuada para reducir la inflamación en este caso?

Respuestas

- Aplicar compresas frías en la rodilla afectada.
- Administrar analgésicos orales.
- Realizar ejercicios de movilidad en la rodilla.

Mujer de 60 años, con antecedentes de artritis reumatoide y diabetes tipo dos, presenta dolor y edema en la rodilla derecha después de una caída. En la consulta, refiere que el dolor ha empeorado en las últimas 24 horas, y nota que la rodilla está caliente al tacto. En la revisión clínica, se observa inflamación significativa y enrojecimiento en la zona afectada. ¿Cuál es la intervención más adecuada para reducir la inflamación en este caso?

Respuestas

- **Aplicar compresas frías en la rodilla afectada.**
- Administrar analgésicos orales.
- Realizar ejercicios de movilidad en la rodilla.

Aplicación de calor y frío

El frío es una medida terapéutica efectiva para reducir la inflamación y el dolor en las lesiones agudas. En este caso, la paciente presenta signos de inflamación aguda (dolor, edema y calor en la rodilla) después de una caída. Aplicar compresas frías ayudará a disminuir el flujo sanguíneo y la inflamación en la zona afectada, proporcionando alivio del dolor y reduciendo la hinchazón.

Administrar analgésicos puede ayudar con el dolor, pero no abordará directamente la inflamación, y realizar ejercicios de movilidad podría agravar la lesión en este momento.

Paciente: Mujer de 35 años, con antecedentes de dolor crónico en los hombros debido a bursitis. Se queja de dolor constante y rigidez en ambos hombros, que empeora con el movimiento. ¿Cuál es la intervención más adecuada para aliviar el dolor y mejorar la movilidad en este caso?

Respuestas:

- Aplicar compresas calientes en los hombros afectados.
- Realizar ejercicios de fortalecimiento muscular para los hombros.
- Administrar analgésicos opioides para el dolor.

Paciente: Mujer de 35 años, con antecedentes de dolor crónico en los hombros debido a bursitis. Se queja de dolor constante y rigidez en ambos hombros, que empeora con el movimiento. ¿Cuál es la intervención más adecuada para aliviar el dolor y mejorar la movilidad en este caso?

Respuestas:

- **Aplicar compresas calientes en los hombros afectados.**
- Realizar ejercicios de fortalecimiento muscular para los hombros.
- Administrar analgésicos opioides para el dolor.

En el caso de la bursitis, caracterizada por inflamación de las bolsas (bolsas llenas de líquido que amortiguan las articulaciones), el calor puede ayudar a mejorar la circulación sanguínea en la zona afectada, lo cual puede reducir el dolor y la rigidez. Las compresas calientes proporcionan alivio al relajar los músculos tensos y mejorar la flexibilidad articular.

En contraste, los ejercicios de fortalecimiento muscular podrían ser útiles a largo plazo para mejorar la estabilidad y prevenir futuros episodios, pero no son la primera opción para aliviar el dolor agudo. Administrar analgésicos opioides se reserva generalmente para casos de dolor severo que no responde a medidas menos invasivas, y no es la opción inicial recomendada para la bursitis.

Administración de medicamentos, vías y técnicas



Administración de medicamentos, vías y técnicas

Uno de los elementos fundamentales para la recuperación y mantenimiento de la salud de los individuos está íntimamente ligado a la preparación y utilización de los medicamentos.

La vía de administración puede definirse como el sitio donde se coloca un compuesto farmacológico. Las vías dependen de las necesidades clínicas y de las circunstancias, ya que los fármacos pueden ser introducidos en el organismo en una variedad de vías.

Administración de medicamentos, vías y técnicas

10 correctos en la administración de medicamentos

Paciente correcto

Medicamento
correcto

Dosis correcta

Vía correcta

Hora correcta

Prepara usted mismo

Administre usted
mismo

Fecha de vencimiento

Velocidad de
administración

Registro correcto

Administración de medicamentos, vías y técnicas

Preparación de la medicación. Normas generales

- Realizar las cinco comprobaciones siguientes: fármaco exacto, dosis exacta, vía exacta, hora exacta y paciente exacto
- Comprobar si el paciente sufre algún tipo de alergia a medicamentos. Si no se especifica, preguntarle directamente.
- Comprobar el nombre del fármaco, por lo que se leerá tres veces: antes de cogerlo, mientras se prepara y después de devolverlo a su estante.
- Lavarse las manos, ponerse los guantes y preparar la medicación, comprobando la fecha de caducidad y las características.
- Utilizar el carro de medicación, la bandeja o el sistema habitual del hospital para su distribución.

Administración de medicamentos, vías y técnicas

Preparación de la medicación. Normas generales

- Realizar las cinco comprobaciones siguientes: fármaco exacto, dosis exacta, vía exacta, hora exacta y paciente exacto
- Comprobar si el paciente sufre algún tipo de alergia a medicamentos. Si no se especifica, preguntarle directamente.
- Comprobar el nombre del fármaco, por lo que se leerá tres veces: antes de cogerlo, mientras se prepara y después de devolverlo a su estante.
- Lavarse las manos, ponerse los guantes y preparar la medicación, comprobando la fecha de caducidad y las características.
- Utilizar el carro de medicación, la bandeja o el sistema habitual del hospital para su distribución.

Administración de medicamentos, vías y técnicas

Conceptos generales

Farmacología: Ciencia que trata del estudio de los fármacos (medicamentos) y de su efecto sobre el organismo

Farmacoterapia: Es la ciencia que estudia el uso racional de los medicamentos para la prevención y tratamiento de las enfermedades y la acción que provoca en el organismo.

Farmacodinamia: es la parte de la farmacología que estudia los mecanismos de acción y los efectos de los fármacos sobre el organismo.

Farmacocinética: Rama de la farmacología estudia los procesos a los que es sometido de un fármaco a su paso por el organismo. **Liberación, absorción, distribución, metabolismo y excreción.**

Administración de medicamentos, vías y técnicas

Liberación

Es el proceso mediante el cual el principio activo es liberado del fármaco, para, posteriormente, disolverse y absorberse en el torrente sanguíneo. Los fármacos que se presentan en forma **líquida** y se administran por vía oral no necesitan **liberarse**, pues se absorben inmediatamente.

Absorción

Es el proceso mediante el cual el fármaco, una vez liberado de la forma farmacéutica en la que se administra, llega hasta el torrente sanguíneo. La velocidad de absorción depende de:

- La vía de administración del fármaco.
- Las características fisicoquímicas del fármaco.
- La biodisponibilidad del principio activo, es decir, de la cantidad sin modificar que llega de este a la circulación sanguínea.
- De factores fisiológicos y patológicos del usuario. Entre los fisiológicos están la edad. Entre los patológicos enfermedades como la insuficiencia hepática o renal.

Administración de medicamentos, vías y técnicas

Distribución

Proceso mediante el cual el fármaco, una vez absorbido, se distribuye en la sangre por todo el organismo, pasando a través de las membranas de los capilares para penetrar en los tejidos.

El desplazamiento y la distribución de los fármacos hasta los distintos órganos, dependen de su vascularización. Así, en órganos como el corazón, el hígado y los riñones, pueden encontrarse concentraciones de fármacos más elevadas que en zonas del organismo poco vascularizadas, como en el tejido celular subcutáneo.

Metabolismo o biotransformación

Es el conjunto de reacciones bioquímicas que se producen en el organismo, mediante las cuales, las sustancias extrañas, como los fármacos, se transforman en otras más sencillas o metabolitos para poder producir una acción determinada, inactivar el fármaco o facilitar la eliminación.

En el metabolismo o biotransformación de los fármacos se produce una serie de reacciones químicas, que pueden ser:

- **Sintéticas:** llamadas también de conjugación, porque implican la unión del fármaco con otros compuestos formados en el organismo. De este modo, los metabolitos resultantes son biológicamente inactivos y se eliminan más fácilmente.

- **No sintéticas:** los fármacos no se unen con otros compuestos, pero sus moléculas se modifican, dando lugar a metabolitos, que pueden ser inactivos o más activos que el propio fármaco.

Excreción

Proceso mediante el cual el fármaco pasa desde el interior del organismo hacia el exterior. Se elimina sin modificar o en forma de metabolitos.

Las vías de eliminación más importantes son:

renal (a través de la orina),
digestiva (a través de las heces) y biliar (a través de la bilis).

Existen otras vías de eliminación, tales como: salival, pulmonar (a través del aire espirado), gástrica, intestinal, cutánea, lagrimal y glándula mamaria.

Administración de medicamentos, vías y técnicas

Vías de administración

Enteral: Oral – SNG, Sublingual, Rectal

Parenteral: Intravenoso, Intramuscular, Intradérmica, Subcutánea.

Tópica: Dérmica, Oftálmica, Ótico, Nasal, Vaginal.



Administración de medicamentos, vías y técnicas

Enteral

Vía oral

Se introduce a través de la boca, se absorbe a nivel del estómago e intestino.

Ventajas

Fácil y cómodo de
administrar
Segura
Económica
No dolorosa

Desventajas

Lenta absorción y acción
sistémica
Olor, sabor desagradable
En ciertos pacientes no se
puede (Inconsciente)

Enteral

Vía – Sonda nasogástrica SNG

En algunos pacientes es necesario administrar la medicación por esta vía con la SNG.

- Paciente debe estar en una posición adecuada, semifowler o fowler para evitar reflujos o broncoaspiración.
- Verificar la correcta ubicación de la SNG.
- Antes y después de la administración pasar 20-30 ml en niños, 30-50 ml en adultos.
- Administrar individualmente cada medicamento lavando la sonda entre cada administración.

Enteral

Vía Sublingual

El fármaco se deposita bajo la lengua hasta su dilución . Es la vía más rápida de absorción, debido a la vascularización de la zona

Ventajas

Fácil de administrar

Administración
independiente

Vía de absorción rápida

No pasa por el hígado –

Mayor biodisponibilidad

Desventajas

Riesgo de irritación en
mucosa oral

Pocos medicamentos
hidrosolubles

Provoca salivación excesiva

Administración de medicamentos, vías y técnicas

Enteral

Vía Rectal

El medicamento se introduce en el organismo a través del orificio rectal

Ventajas

Útil cuando no es posible por vía oral.

Evita destrucción de medicación por encimas digestivas

No es dolorosa

Vía de rápida absorción

Desventajas

Vía de administración incomoda.

No es útil en casos de diarreas

Parenteral

Vía Intradérmica

La punción se realiza en la dermis, estirando la piel, de la siguiente manera: con la aguja montada en la jeringa, se introduce unos 3 mm, formando un ángulo de unos 15° (casi paralelo a la piel), y con el bisel hacia arriba. Las zonas de elección son: la cara interna del antebrazo, cara externa del brazo y del muslo y zona escapular.

Ventajas

Pruebas para alergia
Permite evidenciar si fue bien administrado con la aparición de la pápula.

Desventajas

Riesgo de administración incorrecta en la vía subcutánea
Dolorosa
Poca medicación

Administración de medicamentos, vías y técnicas

Vía Subcutánea

La aplicación de medicación en el tejido adiposo; Volumen máximo a inyectar 1 ml; Se utiliza jeringuillas de 1 ml; Se usara una aguja para cargar y otra para administrar; Se debe rotar la zona de punción.

La punción se realiza en el tejido celular subcutáneo:

Se toma con los dedos índice y pulgar, un amplio pliegue de la piel del paciente (2,4 cm).

Se introduce la aguja montada en la jeringa, con el bisel hacia arriba y formando un ángulo de unos 45°

Las zonas de elección son: la cara externa del muslo y del brazo (tercio medio) y cara anterior del abdomen.

Es una vía de **absorción lenta**, por estar la zona poco irrigada. Se utiliza para la administración de vacunas, insulina, etc.

Administración de medicamentos, vías y técnicas

Vía Subcutánea

Ventajas

Indolora cuando es correcta administrada

Puede aplicarla el paciente de forma autónoma con previa indicación

Desventajas

Indicado en medicamento liposolubles

Riesgo de aparición de abscesos o atrofia de la grasa subcutánea.



Administración de medicamentos, vías y técnicas

Vía Intramuscular

Administración de medicamentos mediante una jeringuilla aplicada en el tejido muscular con fines terapéuticos y/o diagnóstico. **Dosis máxima 10 ml**

Músculos utilizados

Extremidades superiores

-Deltoides: máximo **1 ml**

-Tríceps: máximo **2 ml**

Extremidades inferiores

-Glúteos: máximo **10 ml**

-Vasto lateral: máximo **2ml**

-Recto femoral: **2 ml**



Administración de medicamentos, vías y técnicas

Vía Intramuscular

-Colocando la aguja perpendicular a la piel, formando un ángulo de 90°; puede hacerse con la aguja desmontada o montada. Se utilizan agujas largas y de mayor calibre. Se inyecta el medicamento lentamente, para favorecer su distribución.

Las zonas de elección son: la región glútea, es la más utilizada (cuadrante superior externo de la nalga, sobre los glúteos, para no lesionar el nervio ciático); el muslo (cara anterolateral), y el brazo (cara externa o área deltoidea).

Es una vía de **absorción muy rápida** por estar muy vascularizada. Se utiliza para la administración de gran variedad de medicamentos.

Vía Intramuscular – Técnica en Z

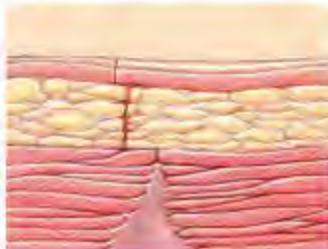
Técnica utilizada para evitar el retorno y favorecer la absorción de un medicamento aplicado en el tejido muscular.

- Identificar el área (cuadrante superior externo del glúteo y niños mayores de dos años).
- Desinfectar la piel del área identificada.
- Colocar los dedos índice y pulgar en línea recta sobre el área seleccionada para inyectar.
- Presionar y desplazar los dedos por lo menos 2.5 cm hasta formar un plano similar a la letra Z.
- Insertar la aguja en el centro de la Z con un ángulo de 90 grados y mantener los dedos índice y pulgar en la posición descrita.-

Administración de medicamentos, vías y técnicas

Vía Intramuscular – Técnica en Z

- Jalar el émbolo de la jeringa para cerciorarse de que la aguja no esté dentro de un vaso sanguíneo.
- Introducir toda la medicación; esperar 10 segundos para liberar la aguja.
- Retirar la aguja lentamente.
- Retirar los dedos del área inyectada.
- Hacer presión y no masajear en el área inyectada con una torunda de algodón por unos 30 segundos
- Revisar el sitio de punción 15 y 30 minutos después de la inyección para detectar complicaciones.



Administración de medicamentos, vías y técnicas

Vía Intravenosa

- Se utiliza para la administración directa de medicamentos, o para perfundir volúmenes de soluciones (de duración variable o continua); y además, para la extracción de muestras de sangre mediante la punción directa de una vena.
- Los fármacos administrados por esta vía se introducen directamente en el interior de los vasos sanguíneos; por lo que no tienen que absorberse y ejercen su acción de manera casi inmediata.



Administración de medicamentos, vías y técnicas

Vía Intravenosa

Venopunción

Procedimiento utilizado para aplicar un medicamento o líquidos a través de una vena

Venoclisis

El objetivo de esta técnica es permeabilizar una vía para pasar medicación, alimentación o hidratación indicada por el medico.

Venoclisis

Es la administración de grandes cantidades de líquidos por vía endovenosa mediante un sistema de goteo.

Administración de medicamentos, vías y técnicas

Vía Intravenosa

Venopunción

Procedimiento utilizado para aplicar un medicamento o líquidos a través de una vena

Venoclisis

El objetivo de esta técnica es permeabilizar una vía para pasar medicación, alimentación o hidratación indicada por el medico.

Venoclisis

Es la administración de grandes cantidades de líquidos por vía endovenosa mediante un sistema de goteo.

Venoclisis – Formulas

$$\text{Volumen}$$
$$V = G \times 3 \times T$$

$$T(\text{Horas}) = \frac{\text{Tiempo}}{\text{Volumen total (ml)}} \times \text{Goteo} \times 3$$

$$\text{Goteo} = \frac{\text{Volumen total (ml)}}{\text{Tiempo} \times 3}$$

1 gota = 3 microgotas
20 gotas = 1 ml
1000 ml = 1 litro
30 ml = 1 onza

Mililitro por hora: cuando se utilizan bombas de perfusión se determina:

$$V \text{ en ml/hora} = \frac{\text{Volumen (ml)}}{\text{Tiempo en horas}}$$

Administración de medicamentos, vías y técnicas

Se debe administrar solución salina 500ml en 24 horas. ¿Cuál es la velocidad de infusión en gotas?

Respuestas:

- 14 gotas x min.
- 21 gotas x min.
- 7 gotas x min.
- 28 gotas x min.



Administración de medicamentos, vías y técnicas

Se debe administrar solución salina 500ml en 24 horas. ¿Cuál es la velocidad de infusión en gotas?

Respuestas:

- 14 gotas x min.
- 21 gotas x min.
- **7 gotas x min.**
- 28 gotas x min.



Administración de medicamentos, vías y técnicas

Se debe pasar Solución salina al 0,9% 600 mL con una velocidad de 20 gotas

Respuestas:

- 12 hrs
- 13 hrs
- 8 hrs
- 10 hrs.



Administración de medicamentos, vías y técnicas

Se debe pasar Solución salina al 0,9% 600 mL con una velocidad de 20 gotas

Respuestas:

- 12 hrs
- 13 hrs
- 8 hrs
- **10 hrs.**



Administración de medicamentos, vías y técnicas

El profesional en enfermería debe aplicar 1 000 ml de NaCl al 0.9 % (IV), durante 6 horas. ¿Con cuánta solución se debe programar la bomba de infusión?

Respuestas:

- 200 ml/h
- 167 ml/h
- 600 ml/h
- 800 ml/h



Administración de medicamentos, vías y técnicas

El profesional en enfermería debe aplicar 1 000 ml de NaCl al 0.9 % (IV), durante 6 horas. ¿Con cuánta solución se debe programar la bomba de infusión?

Respuestas:

- 200 ml/h
- **167 ml/h**
- 600 ml/h
- 800 ml/h



Administración de medicamentos, vías y técnicas

Soluciones parenterales

Coloides

Son sustancias que se distribuyen en el espacio plasmático, están indicadas para remplazar perdidas sanguíneas o restaurar volumen intravascular. Mayor osmolaridad que los cristaloides. Plaquetas, GR concentrados, et.

Cristaloides

Son soluciones que tienen dentro de sus componentes electrolíticos y otros solutos como la glucosa en cantidades similares a la Osmolaridad del plasma. Dextrosa, S. salina.

Administración de medicamentos, vías y técnicas

Soluciones parenterales Cristaloides

Hipotónicas: Solución con menor concentración con respecto al plasma. Menor que Dextros 5% o S. Salina 0,9%

Isotónicas: Soluciones con concentración de solutos similar al plasma. Dextrosa 5%, o S. Salina 0,9%, Lactato de ringer

Hipertónicas: Solución con mayor concentración de solutos en relación al plasma. Mayor concentración que Dextrosa 5% o 10%, S. salina 0,9%

Administración de medicamentos, vías y técnicas

Soluciones parenterales

Dextrosa 8.3% 1000 ml

Podemos utilizar una Dw 5% + Dw 10%

Dw 5%	1.7%	$\frac{1000 \times 1.7}{5} = 340 \text{ ml Dw 5\%}$
Restar	8.3%	Suma
Dw 10%	3.3%	$\frac{1000 \times 3.3}{5} = 660 \text{ ml Dw 10\%}$
5	5	1000 ml

Se mezcla Dw 5% 340 ml + Dw 10% 660 ml

Administración de medicamentos, vías y técnicas

Soluciones parenterales

Dextrosa 12.5% 150 ml

Se resta diagonal

Podemos utilizar una Dw 10% + Dw 50%

Dw 10%

37,5%

$$\frac{150 \times 37,5}{40} = 140,62 \text{ ml Dw 10\%}$$

Restar 12.5% Suma

Dw 50%

2,5%

$$\frac{150 \times 2,5}{40} = 9,37 \text{ ml Dw 50\%}$$

Se mezcla Dw 10% 140,62 ml + Dw 50% 9,37 ml

Administración de medicamentos, vías y técnicas

Soluciones parenterales

Dw 3 % 1000 ml IV c/8 horas

Podemos utilizar una Dw 5% + Agua destilada

Diagram illustrating the calculation for preparing 1000 ml of 3% solution using 5% solution and distilled water:

Restar: Dw 5% (5) and 3% (5) result in 3%.

Suma: Dw 10% (5) and 2% (5) result in 3%.

Calculations:

$$\frac{1000 \times 3}{5} = 600 \text{ ml Dw 5\%}$$
$$\frac{1000 \times 2}{5} = 400 \text{ ml Agua destilada}$$

1000 ml

Se mezcla Dw 5% 600 ml + agua destilada 400 ml

Administración de medicamentos, vías y técnicas

Paciente adulto mayor acude al hospital por presentar desorientación, vómitos, agitación e irritabilidad, de acuerdo a la prescripción médica le indican administrar una solución hipertónica para manejo de hiponatremia. ¿Cuál es la solución que usted debe administrar?

Respuestas:

- Solución Salina al 3%
- Lactato Ringer.
- Solución Salina al 0.45%
- Dextrosa en Solución Salina 5%

Administración de medicamentos, vías y técnicas

Paciente adulto mayor acude al hospital por presentar desorientación, vómitos, agitación e irritabilidad, de acuerdo a la prescripción médica le indican administrar una solución hipertónica para manejo de hiponatremia. ¿Cuál es la solución que usted debe administrar?

Respuestas:

- **Solución Salina al 3%**
- Lactato Ringer.
- Solución Salina al 0.45%
- Dextrosa en Solución Salina 5%

Administración de medicamentos, vías y técnicas

Paciente hospitalizado en el servicio de Neurocirugía con diagnóstico de Trauma Craneoencefálico severo. A la valoración de enfermería usted observa que el paciente se encuentra somnoliento, y en la monitorización se determina presión intracraneal elevada, para el tratamiento el médico le prescribe administrar una solución hipertónica. ¿Cuál es la solución que usted prepararía?

Respuestas:

- Solución Salina al 9%
- Solución Salina al 0.9%
- Solución de Lactato Ringer
- Solución Salina al 0.45

Administración de medicamentos, vías y técnicas

Paciente hospitalizado en el servicio de Neurocirugía con diagnóstico de Trauma Craneoencefálico severo. A la valoración de enfermería usted observa que el paciente se encuentra somnoliento, y en la monitorización se determina presión intracraneal elevada, para el tratamiento el médico le prescribe administrar una solución hipertónica. ¿Cuál es la solución que usted prepararía?

Respuestas:

- **Solución Salina al 9%**
- Solución Salina al 0.9%
- Solución de Lactato Ringer
- Solución Salina al 0.45

Administración de medicamentos, vías y técnicas

¿Cuál es la zona corporal recomendada y en qué posición deberá estar el paciente para administrar medicamento por vía Intra Muscular (IM)?

Respuestas:

- Muslos - supino.
- Brazos - de pie.
- Glúteos - dorsal.
- Gran dorsal - ventral.



Administración de medicamentos, vías y técnicas

¿Cuál es la zona corporal recomendada y en qué posición deberá estar el paciente para administrar medicamento por vía Intra Muscular (IM)?

Respuestas:

- **Muslos - supino.**
- Brazos - de pie.
- Glúteos - dorsal.
- Gran dorsal - ventral.



Administración de medicamentos, vías y técnicas

Relacione las vías de administración con sus ventajas

Vía de administración	Ventajas
1. Sublingual	a. Efecto sistémico prolongado
2. Subcutánea	b. Segura no rompe la barrera cutánea
3- Oral	c. La absorción mas lenta
4. Transdérmica	d. Produce un efecto local

Respuestas:

- 1d, 2c, 3b, 4a.
- 1a, 2b, 3c, 4d.
- 1b, 2c, 3d, 4a.
- 1c, 2d, 3a, 4b.

Administración de medicamentos, vías y técnicas

Relacione las vías de administración con sus ventajas

Vía de administración	Ventajas
1. Sublingual	a. Efecto sistémico prolongado
2. Subcutánea	b. Segura no rompe la barrera cutánea
3- Oral	c. La absorción mas lenta
4. Transdérmica	d. Produce un efecto local

Respuestas:

- **1d, 2c, 3b, 4a.**

- 1a, 2b, 3c, 4d.

- 1b, 2c, 3d, 4a.

- 1c, 2d, 3a, 4b.

Administración de medicamentos, vías y técnicas

Con relación a las vías de administración de medicamentos complete el siguiente enunciado:

La vía _____ se utiliza
para _____ . La aguja entra en la piel con un ángulo de
_____.

Respuestas:

- Intradérmica – hacer pruebas de alergia – 5°- 15°
- Subcutánea – realizar pruebas de alergia – 45° o 90°
- Intradérmica – administrar insulina – 45°o 90°
- Subcutánea – administrar heparina – 5°- 15°

Administración de medicamentos, vías y técnicas

Con relación a las vías de administración de medicamentos complete el siguiente enunciado:

La vía _____ se utiliza
para _____ . La aguja entra en la piel con un ángulo de
_____.

Respuestas:

- **Intradérmica – hacer pruebas de alergia – 5°- 15°**
- Subcutánea – realizar pruebas de alergia – 45° o 90°
- Intradérmica – administrar insulina – 45°o 90°
- Subcutánea – administrar heparina – 5°- 15°

Administración de medicamentos, vías y técnicas

Paciente de 52 años con diabetes mellitus tipo I, de más de 40 años de evolución, con vasculopatía y retinopatía diabética, trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar, usa habitualmente heparina. El personal de enfermería es el encargado de enseñar a la paciente la forma y lugar de administración de la heparina. ¿Cuál es la vía de administración de la heparina?

Respuestas:

- Vía subcutánea.
- Vía intramuscular.
- Vía intradérmica.
- Vía intravenosa.

Administración de medicamentos, vías y técnicas

Paciente de 52 años con diabetes mellitus tipo I, de más de 40 años de evolución, con vasculopatía y retinopatía diabética, trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar, usa habitualmente heparina. El personal de enfermería es el encargado de enseñar a la paciente la forma y lugar de administración de la heparina. ¿Cuál es la vía de administración de la heparina?

Respuestas:

- **Vía subcutánea.**
- Vía intramuscular.
- Vía intradérmica.
- Vía intravenosa.

Administración de medicamentos, vías y técnicas

¿Cuál de los siguientes cuidados de enfermería debe aplicarse después de retirar una vía periférica heparinizada a un paciente de 54 años?

Respuestas:

- Presionar fuerte al menos durante 5 min, observando si hay signos de hemorragia.
- Dar masaje de manera circular suave para disminuir el dolor.
- Poner compresas de agua fría para evitar edema.
- Ocluir fuertemente con un parche el sitio de punción.

Administración de medicamentos, vías y técnicas

¿Cuál de los siguientes cuidados de enfermería debe aplicarse después de retirar una vía periférica heparinizada a un paciente de 54 años?

Respuestas:

- **Presionar fuerte al menos durante 5 min, observando si hay signos de hemorragia.**
- Dar masaje de manera circular suave para disminuir el dolor.
- Poner compresas de agua fría para evitar edema.
- Ocluir fuertemente con un parche el sitio de punción.

Administración de medicamentos, vías y técnicas

Le piden administrar 500 mg de eritromicina intravenosa, y se dispone en el servicio de 250 mg en 5ml. ¿Cuántos ml debe administrar?

Respuestas:

- 10 ml.
- 2.5 ml.
- 25 ml.
- 10.5 ml.



Administración de medicamentos, vías y técnicas

Le piden administrar 500 mg de eritromicina intravenosa, y se dispone en el servicio de 250 mg en 5ml. ¿Cuántos ml debe administrar?

Respuestas:

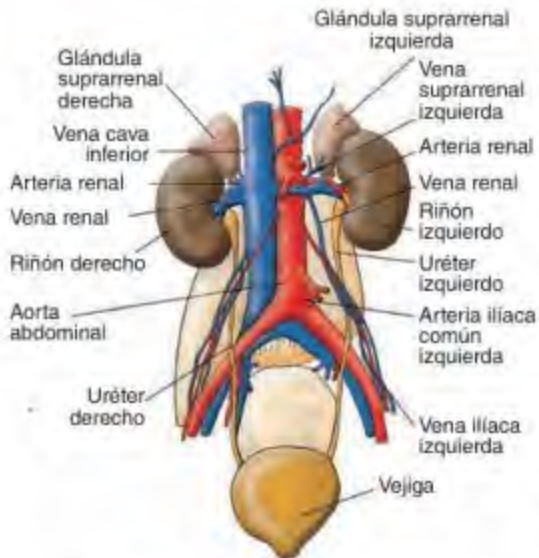
- 10 ml.
- 2.5 ml.
- 25 ml.
- 10.5 ml.

$$\text{Dosis} = \frac{\text{Prescripción} \times \text{dilución}}{\text{Presentación}}$$



Aparato excretor

2 riñones, 2 uréteres, vejiga y uretra



Aparato excretor

2 riñones, 2 uréteres, vejiga y uretra

Corpúsculo renal o de Malpighi.

Compuesto por:

- **Glomérulo renal:** formado por una redcilla de capilares que reciben sangre a través de una arteriola aferente, y la eliminan por una arteriola eferente.
- **Cápsula de Bowman:** formada por una doble capa de tejido epitelial plano, que deja en su interior un espacio libre (espacio capsular) para recoger la orina filtrada en el glomérulo.

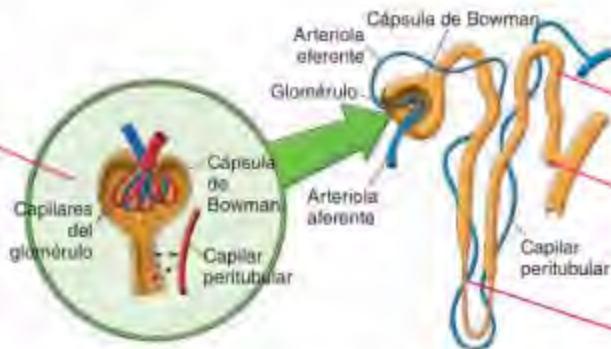


Fig. 11.3. Componentes de la nefrona.

Túbulos renales:

- **Túbulo contorneado proximal:** es la primera parte del sistema tubular. Parte del corpúsculo renal, tiene una trayectoria espiral y en su interior contiene millones de microvellosidades.
- **Asa de Henle:** parte del túbulo proximal, tiene forma de «U» y consta de:
 - **Rama descendente:** porción delgada que llega hasta la médula renal.
 - **Rama ascendente:** de calibre más grueso, que se continúa con el túbulo distal.
- **Túbulo contorneado distal:** tiene un aspecto similar al túbulo contorneado proximal, está situado próximo al glomérulo y termina en el túbulo colector.
- **Túbulo colector:** es un túbulo recto, donde confluyen los túbulos distales de varias nefronas.

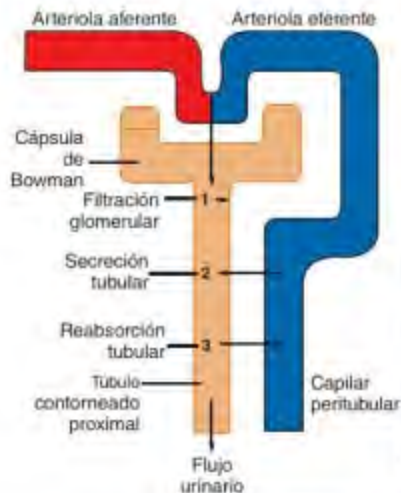
La función principal es filtrar la sangre para eliminar los productos inservibles para el organismo.

Regulación del equilibrio de líquidos y electrolitos y equilibrio ácido-base y control de la presión arterial

Formación del orina

Filtración, reabsorción, y secreción

Nefrona unidad estructural y funcional



Transporte de agua y solutos

Túbulo contorneado proximal: Reabsorción pasiva y activa de Sodio, cloro, bicarbonato, aminoácidos, glucosa, proteínas, potasio, urea y ácido úrico, además reabsorción pasiva de agua.

Asa de Henle: Rama descendente: Reabsorción de agua y secreción de urea
Rama ascendente: Reabsorción activa y pasiva de cloro, sodio y potasio, secreción de urea.

Túbulo contorneado distal: Reabsorción activa de sodio y pasiva de cloro, secreción de potasio.

Túbulo colector: Reabsorción de urea y agua, regulada por hormona antidiurética.

Excreción urinaria

Uréteres

Posterior al ingreso de la pelvis renal el orina por la unión uretero-pelviana pasa a los uréteres mediante ondas peristálticas hasta llegar a la vejiga.

Vejiga y uretra

La orina se acumula entre 200 o 300 mililitros con la estimulación de los receptores elásticos que transmiten estos impulsos hasta el centro de reflejo de la micción (Sacro). Viaja desde la medula espinal hasta el centro de micción de la corteza cerebral encargado de la supresión o inhibición de la orina.

Componentes y características de la orina

En general, un adulto elimina al día en torno a los 1500 mililitros de orina

Componentes

95% aproximado de agua
disueltas sustancias como:

Solutos inorgánicos: sodio,
potasio, cloruro, bicarbonato,
fosfato y sulfato.

Solutos inorgánicos p desechos
del metabolismo proteico: urea,
creatinina y acido úrico.

Pigmentos

Hormonas

Característica

Turbidez: normal es
transparente y clara

Color: entre amarillo pálido y
ámbar oscuro

Olor: es característico y no
desagradable, en reposo huele
a amoniac

Densidad: 1000 – 1020

Reacción o pH: Ácida – Entre 4,8
– 7,5

Aparato excretor

	Cantidad filtrada	Cantidad reabsorbida	Cantidad excretada	% de carga filtrada reabsorbida
Glucosa (g/día)	180	180	0	100
Bicarbonato (mEq/día)	4.320	4.318	2	- 99.9
Sodio (mEq/día)	25.560	25.410	150	99.4
Cloro (mEq/día)	19.440	19.260	180	99.1
Potasio (mEq/día)	756	664	92	87.8
Urea (g/día)	46.8	23.4	23.4	50
Creatinina (g/día)	1.8	0	1.8	0

Patologías frecuentes

Síndrome nefrítico

Afecciones con inflamación del glomérulo con aparición de hematuria, proteinuria y cierto grado de I. renal. Aumento de retención de Na y agua provoca **edema e hipertensión**.

Insuficiencia renal

Incapacidad de los riñones en eliminar desechos.

I. Renal aguda: Fallo repentino por alteración que provoca la insuficiencia. Reversible

I. Renal crónica: Deterioro irreversible. Fatiga, cefalea, anorexia, náuseas, sabor desagradable de la boca, sed, poliuria, confusión psíquica.

Síndrome nefrótico

Aumento de permeabilidad glomerular a proteínas causando descenso de proteína en sangre y edema. También con hiperlipidemia.

Pielonefritis

Infección bacteriana.
Fiebre, escalofríos,
dolores lumbares,
náuseas, vómito,
disuria y piuria.

Patologías frecuentes

Cistitis

Inflamación de la vejiga urinaria por afección ascendente de la uretra de microorganismo. Escozor al orinar, urgencia urinaria, polaquiuria y tenesmo.

Litiasis

Presencia de cálculos en el riñón (nefrolitiasis) en vías urinarias (urolitiasis). Síntomas de cólico renal: dolor muy intenso que irradia desde la zona lumbar hasta los genitales y cara interna del muslo; náusea, vómitos, polaquiuria, hematuria, disuria y tenesmo rectal.

Tipos de incontinencia urinaria

Incontinencia de esfuerzo

Debilidad de los músculos pélvicos. toser, estornudar, reír, levantar algo pesado o realizar actividad física.

Rebosamiento

No se vacía por completo la vejiga, se acumula y llena demasiado y pierde orina.

Mixta

Por lo general entre incontinencia de esfuerzo y urgencia

Urgencia

Ocurre cuando tiene una fuerte necesidad (urgencia) de orinar y algo de orina se escapa antes de que pueda llegar al baño

Funcional

Ocurre cuando una discapacidad física o mental, problemas para hablar o algún otro problema le impide llegar al baño a tiempo. Artritis

Procedimientos y cuidados de enfermería

Sondaje vesical

Inserción de un catéter en la vejiga para el drenaje temporal o permanente de la orina

- Controlar la incontinencia urinaria en pacientes incontinentes y críticos.
 - Evacuar la vejiga en caso de retención urinaria.
 - Prevenir alteraciones relacionadas con la diuresis.

La técnica usada debe ser estéril y evitar el dolor con aplicación de lubricantes en la punta de la sonda, asegurar que exista presencia de orina o comprobar que este aplicada de forma correcta.

Aparato excretor

Sondaje vesical

Tipos de sonda según su duración

Intermitente y/o temporal

Retirada de sonda en tiempo cortos, en pacientes con retención urinaria, muestras estériles, prevención de infecciones en postoperatorio.

Permanente

Duración de tiempo mas largo permitiendo drenaje continuo de orina, uso igual que la anterior, agregando también para evitar diuresis, controlar la diuresis e irrigar la vesícula.

Sondaje vesical

Tipos de sonda

El extremo proximal puede unirse a un tubo que conecte con una bolsa de recogida de orina. Llamadas bolsas del sistema colector. Las sondas para hombres, mujeres o niños, se distinguen por su diámetro y su longitud:

40 cm de long y 16-18-20-22 : hombres.

20 cm de long y 14 y 16 mujeres.

20 cm de long y 6-10 niños

Sondaje vesical **Cuidados en paciente sondado**

Lavado de manos antes de la manipulación de la sonda, usar guantes.

No elevar la bolsa por encima de la vejiga urinaria

Vaciar la bolsa periódicamente

Evitar acodos u obstrucciones

Estimular el consumo de líquidos para evita la estasis de orina residual

Proporcionar las pautas necesarias para el autocuidado en pacientes con sonda permanente

Irrigación vesical

Se lleva a cabo para mantener la permeabilidad de la sonda vesical, eliminar obstrucción o irrigar la vejiga con medicación.
Se realiza solo cuando sea estrictamente necesario.

Intermitente

Sistema abierto: Introduce liquido de 50cc conectada al orificio de drenaje de la sonda

Sistema cerrado: Se conecta a la bolsa colectora y un equipo de goteo para alternar la irrigación y vaciado vesical.

Continua

Mediante sonda Foley de 3 vías con sistema de irrigación cerrado, se conecta en la luz de la sonda y la solución en un porta sueros.

Pacientes sin sondaje Cuidados de enfermería

Pacientes que por alguna alteración, discapacidad o autonomía no pueden hacer uso libre el urinario

Se usa orinales tipo **botella en hombres:**

Mediante uso de guantes esta técnica se usa directamente en el pene proporcionando la botella, en casos que amerite se asiste con la colocación de la botella entre las piernas introduciendo el pene en el sistema usado.

El orinal tipo **cuña** usado para mujeres en ayuda a la eliminación urinaria y fecal:

Se ubicara por debajo del glúteo con el paciente acostado, si el paciente no tiene movilidad se asiste en el movimiento lateral para introducir la cuña y luego acostarlo.

Con respecto de la eliminación en un paciente con irrigación vesical continua durante 24 horas. ¿Cuál es el resultado esperado?

Respuestas:

- Drenaje mayor que la cantidad de solución irrigada.
- Drenaje menor que la cantidad de solución irrigada.
- Drenaje igual que la cantidad de solución irrigada.
- Drenaje ausente de solución irrigada.

Con respecto de la eliminación en un paciente con irrigación vesical continua durante 24 horas. ¿Cuál es el resultado esperado?

Respuestas:

- **Drenaje mayor que la cantidad de solución irrigada.**
- Drenaje menor que la cantidad de solución irrigada.
- Drenaje igual que la cantidad de solución irrigada.
- Drenaje ausente de solución irrigada.

Como profesional de enfermería usted debe realizar un cateterismo para irrigación vesical continua a un paciente con hematuria. ¿Qué dispositivo elige para este procedimiento?

Respuestas:

- Sonda Foley de tres vías.
- Sonda Foley de dos vías.
- Sonda recta de Robinson.
- Sonda Nelaton.

Como profesional de enfermería usted debe realizar un cateterismo para irrigación vesical continua a un paciente con hematuria. ¿Qué dispositivo elige para este procedimiento?

Respuestas:

- **Sonda Foley de tres vías.**
- Sonda Foley de dos vías.
- Sonda recta de Robinson.
- Sonda Nelaton.



Para participar con acciones que contribuyan a la satisfacción de necesidades y solución de problemas inherentes al equilibrio hidroelectrolítico, el personal de enfermería realiza los siguientes cuidados: observar la alimentación, vigilar ingesta de líquidos, estado de piel y mucosas, eliminación urinaria e intestinal y sus alteraciones, y control de signos vitales. ¿Qué acción aplicaría para el control de la ingesta y excreción de líquidos?

Respuestas:

- Medir los líquidos que egresan de cualquier parte del organismo.
- Medir los líquidos que ingresan al organismo solamente administrados por vía oral.
- Hacer balance correspondiente en 6 horas, anotando horario de inicio y final.
- Medir los líquidos que ingresan al organismo por vía parenteral.

Para participar con acciones que contribuyan a la satisfacción de necesidades y solución de problemas inherentes al equilibrio hidroelectrolítico, el personal de enfermería realiza los siguientes cuidados: observar la alimentación, vigilar ingesta de líquidos, estado de piel y mucosas, eliminación urinaria e intestinal y sus alteraciones, y control de signos vitales. ¿Qué acción aplicaría para el control de la ingesta y excreción de líquidos?

Respuestas:

- **Medir los líquidos que egresan de cualquier parte del organismo.**
- Medir los líquidos que ingresan al organismo solamente administrados por vía oral.
- Hacer balance correspondiente en 6 horas, anotando horario de inicio y final.
- Medir los líquidos que ingresan al organismo por vía parenteral.

Paciente masculino de 78 años, asiste al servicio de emergencia del Hospital Básico por presentar trastornos en la micción, aumento de volumen en región suprapúbica y dolor. El familiar que lo acompaña manifiesta antecedentes de salud que lo han llevado al encamamiento prolongado, incontinencia urinaria y tratamiento con sondaje vesical permanente. Luego de la valoración realizada al usuario, el especialista indica al profesional de enfermería el cambio de la sonda vesical para evacuar vejiga y mejorar los síntomas que presenta. ¿Cuál es la sonda vesical indicada para este paciente?

Respuestas:

- Tamaño 40 cm, # 18 Fr, dos vías.
- Tamaño 22cm, #20 Fr, tres vías.
- Tamaño 30cm, #18 Fr, dos vías.
- Tamaño 15 cm, # 10Fr, dos vías.

Paciente masculino de 78 años, asiste al servicio de emergencia del Hospital Básico por presentar trastornos en la micción, aumento de volumen en región suprapúbica y dolor. El familiar que lo acompaña manifiesta antecedentes de salud que lo han llevado al encamamiento prolongado, incontinencia urinaria y tratamiento con sondaje vesical permanente. Luego de la valoración realizada al usuario, el especialista indica al profesional de enfermería el cambio de la sonda vesical para evacuar vejiga y mejorar los síntomas que presenta. ¿Cuál es la sonda vesical indicada para este paciente?

Respuestas:

- **Tamaño 40 cm, # 18 Fr, dos vías.**
- Tamaño 22cm, #20 Fr, tres vías.
- Tamaño 30cm, #18 Fr, dos vías.
- Tamaño 15 cm, # 10Fr, dos vías.

Aparato excretor

Eliminación intestinal



Aparato digestivo se conforma de boca, faringe, esófago, estómago, intestino, recto, ano.

Órganos accesorios: Glándulas salivales, hígado, vesícula biliar, páncreas.

Intestino Delgado

Se extiende desde el píloro hasta la unión ileocecal, mide unos 6 metros y 2,5 cm de diámetro.

Duodeno: es la primera parte del intestino delgado; de localización retroperitoneal. Tiene forma de C al adaptarse a la cabeza del páncreas. En su parte media desembocan el conducto **colédoco** (hepático) y el de **Wirrsung** (pancreático), que forman la ampolla de Vater (localizada en la carúncula mayor). En la carúncula menor (situada por encima de la anterior) desemboca el conducto de **Santorini** (pancreático accesorio) y las glándulas de **Brunner**. Su vascularización depende de la arteria mesentérica y sus ramas.



Yeyuno e íleon: es el resto del intestino delgado. Está suspendido de la pared abdominal gracias al mesenterio. Se dispone en asas que ocupan la cavidad abdominal, todas ellas dotadas de gran movilidad. En su parte inferior contiene la **válvula ileocecal**, que sirve de separación con el ciego.

Función: Absorción de productos terminales de digestión, secreción de hormonas que regulan jugo intestinal, bilis y jugo pancreático.

Intestino Grueso

Va desde la válvula ileocecal hasta el ano, mide 1,5 a 2 metros formado por el ciego, colon y recto



Función: Absorción del agua y eliminación de los productos de desechos.

Excreción

El quimo ya en el intestino delgado pasando todo el proceso de absorción llega a la válvula ileocecal donde los movimientos del intestino delgado causan que se abra el esfínter dejando que pase al colon. Los movimientos del colon favorecen el almacenamiento y deshidratación de su contenido.

En este nivel se reabsorbe lo que queda de agua, electrolitos, algunos ácidos grasos y vitaminas K y B.

En la segunda mitad del intestino grueso se almacena las materias fecales

La **excreción** tiene como finalidad la expulsión de los residuos de la digestión (materia fecal) a través del ano después de la absorción de las sustancias nutritivas.

Patologías frecuentes

Malabsorción

Absorción defectuosa de vitamina, minerales, agua. Diarreas, fiebre, anorexia, disminución de peso e intolerancia a distintos alimentos.

Colitis ulcerosa

Inflamación inespecífica del colon y recto por bacterias, virus, micótica, alteraciones psíquicas, reacción hiperegicas. Diarreas y heces mezcladas con sangre y moco, fiebre, anorexia, disminución peso e intolerancia.

Apendicitis

Inflamación aguda del apéndice vermicular por obstrucción de su luz, infección, cálculos, etc. Dolor abdominal epigástrico que se irradia a fosa iliaca derecha, náuseas, vómitos, fiebre, lengua saburral, taquicardia.

Colon irritable

Trastorno funcional del colon por alteración del SNC o sistema neuromuscular. Ardor y pinchazos abdominales, dolor en región del colon, heces duras, pastosas o líquidas - falsa diarrea.

Patologías frecuentes

Diverticulosis

Herniaciones de la mucosa intestinal en zonas débiles de la pared intestinal, colon. Clínica similar a colon irritable.

Carcinoma intestinal

Aparece en general en el intestino grueso. Diarrea, estreñimiento, sangre en heces, sensación de plenitud, dolor de fosas iliacas, obstrucciones, perforaciones o hemorragia.

Gastroenteritis

Inflamación de la mucosa intestinal que altera la absorción por virus, bacterias, parásitos, toxinas químicas o fármacos. Diarrea, dolor abdominal, vómitos, cefalea, fiebre, escalofríos



Aparato excretor

Procedimientos y cuidados de enfermería

Sondas rectales

Se introducen a través del ano hasta el intestino grueso (recto y colon).
Miden 30 cm puede ser de látex o plástico.



Se emplea en la administración de enemas y para facilitar la evacuación de gases y de heces

Para la aplicación de sonda rectal en enemas la posición en el paciente es **decúbito lateral izquierdo o Sims**

Aparato excretor

Procedimientos y cuidados de enfermería

Sondas rectales

Para su administración el paciente se le pedirá que respire profundamente e introducir la sonda en dirección al ombligo

Para administrar enema se inserta: 7-10 cm
para evacuar gases 10-15 cm (adultos), Niños:
5-7,5cm, Bebe: 2,5-3,5 cm



Administración de enemas

Solución que se instila en el intestino grueso a través del recto para distenderlo, aumentar el peristaltismo y conseguir la expulsión de gases y heces.

Según su finalidad se clasifican en:

Enemas evacuadores o limpieza: Administración de solución que será expulsada eliminando heces, por lo general se usa para:

Preparar de intestino antes de cirugía abdominal.

Preparar de intestino para pruebas como colonoscopia.

Expulsar las heces en caso de estreñimiento.

Enemas de retención: La solución no debe evacuarse, el paciente debe intentar retenerla al menos 30 minutos. De aceite, medicamentos, contraste.

Enema de limpieza

Tipos de soluciones usadas:

Hipertónicas: extraen agua hacia el colon. Su efecto adverso es la retención de sodio.

Hipotónicas: distienden el colon, estimulan el peristaltismo y ablandan las heces. Su efecto adverso es el desequilibrio hidroelectrolítico.

Isotónicas: de las más seguras, distienden el colon y estimulan el peristaltismo. Su efecto adverso es posible retención de sodio.

De espuma: distienden el colon e irritan la mucosa. Su efecto adverso es la irritación y posible daño mucoso.

Aparato excretor

Enema de limpieza Cuidados de enfermería

Lavarse las manos ante todo procedimiento

Colocar al paciente en posición Sims antes de iniciar el procedimiento

El irrigador deberá estar a 40-50 cm por encima del paciente.

Lubricar la cánula del sistema, la introducción empezara con dirección hacia el ombligo y después horizontalmente.

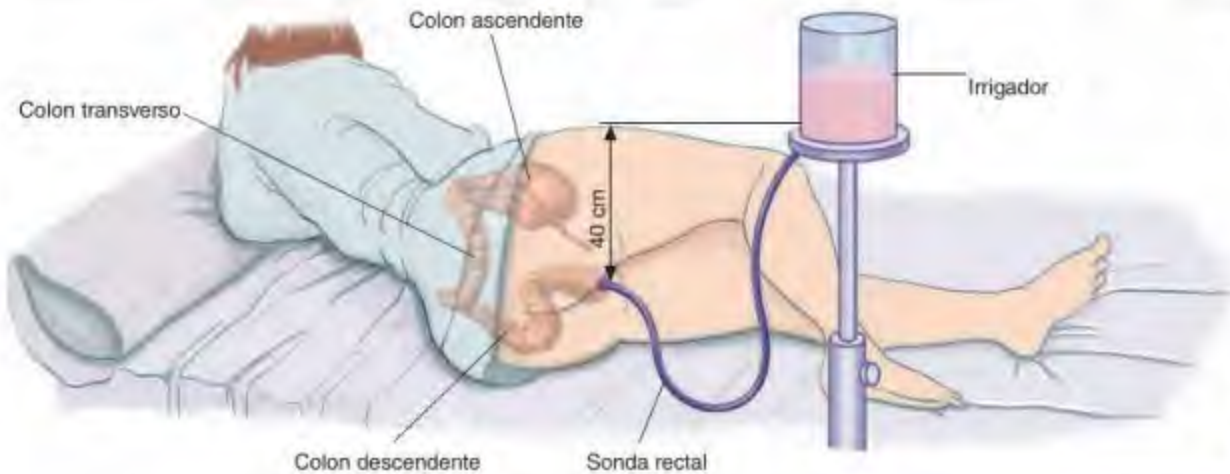
Si se presentan molestias o dolor cólico se detiene la solución y se pide respirar para tranquilizar y poder continuar con el proceso.

Terminada la irrigación pedirle al paciente que retenga solución por 5-10 minutos.

Poner la cuña y terminar con la limpieza del sitio.

Aparato excretor

Enema de limpieza Cuidados de enfermería



Aparato excretor

Enema de retención Cuidados de enfermería

La técnica de administración como las precauciones que se deben tener en cuenta son las mismas que a administración del enema de limpieza, la diferencia a tener en cuenta es que el paciente debe retener la sustancia de la solución administrada durante unos 30 minutos o el tiempo prescrito para favorecer la finalidad, que generalmente es de carácter terapéutico.



Aparato excretor

Enema de retención Cuidados de enfermería

Enema de retención de aceite

Se utiliza para lubricar la mucosa intestinal y reblandecer las heces. En adultos suelen administrarse de 150 a 200 ml de aceite de oliva templado a temperatura corporal. También ayuda a eliminar las sales de bario administradas para la realización de una radiografía de contraste.

Enema de medicación

Se absorbe por la mucosa intestinal y puede tener un efecto local o sistémico. Así, por ejemplo, un enema de neomicina previo a una cirugía del colon, antihelmíntico, antiséptico, etc.

Enema opaco (de contraste)

Su finalidad es diagnóstica. Permite visualizar el interior del intestino grueso (por radiología), después de introducir un enema de bario. Suele ser un preparado comercial al que hay que añadir agua y templarlo a temperatura corporal.

Aparato excretor

Cuidados del paciente ostomizado

Ostomía es el procedimiento o intervención quirúrgica mediante el cual se abre un orificio artificial (estoma) en la superficie abdominal externa, a fin de facilitar la eliminación del contenido intestinal.

Colostomía ascendente	Se realiza sobre el colon ascendente de pacientes con diverticulitis perforante, tumores inoperables del colon, traumatismos, etc. El paciente elimina heces acuosas o semisólidas de forma casi continua.
Colostomía transversa	Se hace sobre el colon transversal. Las indicaciones suelen ser las mismas que en el caso anterior, pero se usa con más frecuencia. Las heces suelen ser semisólidas.
Colostomía descendente o sigmoidea	Se practica sobre el colon descendente o sigmoideo. Está indicada en caso de cáncer de este tramo digestivo o del recto, la diverticulitis crónica, los traumatismos, etc. Es la más común de todas y la más fácil de controlar. Las heces están formadas y presentan cierta consistencia.
Ileostomía	Se practica sobre el íleon, generalmente por colitis ulcerosa, cáncer, enfermedad de Crohn, etc.

Cuidados del paciente ostomizado – Valoración

Color

Relacionada con la vascularización del tejido, puede ser rosada, roja, café o negra.

Tamaño y forma

Puede ser regular o irregular, grande o pequeño.

Altura

Puede ser retraída, plana, protruida a mas de 2,5 cm o mayor a 3 cm.

Localización

Puede estar en el cuadrante superior o inferior izquierdo o derecho

Construcción

Puede ser doble boca, asa, una boca

Piel – Viabilidad

Puede estar intacta o deteriorada, con eritema o maceración, color, integridad, turgencia

Aparato excretor

Cuidados del paciente ostomizado – Valoración

Efluente

Característica,
consistencia de los
desechos, heces
semilíquidas,
semisólidas, solidas

Sutura

mucocutánea

Puede ser integra o
parcial

Contorno abdominal

Puede ser flácido,
plano o con
pliegues



Aparato excretor

Cuidados del paciente ostomizado – Complicaciones

Tempranas <1 mes

Infección/absceso
Dehiscencia
mucocutánea
Sangrado
Necrosis
Hundimiento/retracción
Alteraciones cutáneas
Alteraciones
hidroelectrolíticas
Obstrucción intestinal

Tardías

Estenosis
Prolapso
Hernia paraestomal
Mal posición
Alteraciones cutáneas

Aparato excretor

Cuidados del paciente ostomizado – Valoración

Para la limpieza del estoma se debe realizar con agua y jabón neutro, en forma circular, de dentro hacia afuera, retirar los residuos dejados por la bolsa de ostomía y secar bien la zona con suaves movimientos de presión, nunca de frotación. Puede también dejarse secar al aire.

La bolsa del estoma se debe adaptar dejando un margen de 2-3 mm a fin de evitar una estrangulación de la zona.

Curso

Técnicas de inmovilización del paciente

Lcdo. Bryan Monserrate Macias

Las técnicas de inmovilización en enfermería son la que habitualmente tienen lugar una vez que se ha trasladado al paciente a un hospital o centro médico. Estas técnicas de inmovilización se realizan para limitar el movimiento a largo plazo y tienen por objetivo específico la curación de la lesión tras un plazo de tiempo determinado.

Inmovilizador con collarín cervical

Procedimiento que se realiza para realizar para estabilizar la columna cervical. Se descarta lesiones en la zona del cuello antes de colocar el collarín. Colocar la columna vertebral recta , descartar lesiones u obstáculos en el cuello, finalmente sujetar el collarín sin comprimir en exceso pero sin que llegue a quedar muy suelto.

Inmovilizador de cabeza

Procedimiento para evitar lesiones de columna vertebral y cuello en pacientes con lesiones en estas zonas; se evita movimientos innecesarios del cuello que puedan dañar la medula espinal.

Se utiliza de manera complementaria al collarín y a la camilla o el tablero espinal para conseguir una completa inmovilización cervical en pacientes que creamos que puedan presentar un traumatismo craneoencefálico o cervical. Para ello, primero debemos descartar hemorragias en el oído.

Inmovilización espinal

Para inmovilizar la columna vertebral utilizamos un inmovilizador de Kendrick, se previene daños adicionales en la columna vertebral y en la medula espinal, se realiza cuando se sospecha de lesión en la columna y medula espinal por trauma, caída, accidente, etc.

Inmovilización de extremidades

Cuando creamos que un paciente presenta una fractura en alguna extremidad, siempre que sea posible, conviene inmovilizarla para que esta no vaya a más. Después de hacer una valoración primaria y secundaria del paciente y comprobar que se pueden inmovilizar la zona sin dolor, debemos cortar la ropa de la zona si es necesario y despejarla totalmente, seleccionaremos la férula que se adapte más al tamaño de la extremidad, tomaremos el pulso radial o el pulso medio, comprobaremos la sensibilidad de la zona afectada y colocaremos la férula adecuada en cada caso.

Férula en U

La férula en U sirve para inmovilizar el brazo cuando se producen fracturas de la diáfisis humeral. Para colocar la férula el paciente debe permanecer sentado, con el codo flexionado 90° y con el antebrazo rotado de forma intermedia. Una vez que nos hemos asegurado de que la postura del paciente sea la correcta, los pasos son los siguientes:

Moldear la férula para inmovilizar el dedo en la posición adecuada.

Colocar la férula en la superficie dorsal del dedo.

Fijar la férula en el dedo con cinta adhesiva alrededor de cada falange para inmovilizar la articulación o las articulaciones que se desea tratar.



Inmovilización con yeso

La inmovilización con yeso es una técnica que se realiza en la enfermería y que sirve para mantener derecho e inmóvil un miembro del cuerpo lesionado.

Se prepara la piel del sitio afectado; posterior se prepara las capas a usar:

Guata: Venda de algo que va en contacto directo con la piel, el yeso no puede ir directo a la piel.

Yeso: Se mide la cantidad a usar y realizar los dables necesarios, en adultos 12 y 15 capas, niños de 6 a 8 capas.

Se moja el yeso y se moldea en la forma de la estructura anatómica afectada. Po ultimo se fija la férula con **venda de gasa** sin hacer demasiada presión.

En la valoración postoperatoria de una ostomía, incluye la determinación de su color y turgencia, a que característica se está refiriendo:

Respuestas:

- Viabilidad de la ostomía.
- Tipo de ostomía.
- Altura de la ostomía.
- Construcción de la ostomía

En la valoración postoperatoria de una ostomía, incluye la determinación de su color y turgencia, a que característica se está refiriendo:

Respuestas:

- **Viabilidad de la ostomía.**
- Tipo de ostomía.
- Altura de la ostomía.
- Construcción de la ostomía

En el servicio de pediatría, se recibe un paciente en postoperatorio inmediato de ostomía, al evaluar la posibilidad de que el sistema colector que se va a colocar mantenga un sello seguro y evite la filtración del afluente por debajo de la barrera del sistema. ¿A qué característica de valoración corresponde?

Respuestas:

- Altura de ostomía.
- Tipo de ostomía.
- Viabilidad de ostomía.
- Construcción de ostomía

En el servicio de pediatría, se recibe un paciente en postoperatorio inmediato de ostomía, al evaluar la posibilidad de que el sistema colector que se va a colocar mantenga un sello seguro y evite la filtración del afluente por debajo de la barrera del sistema. ¿A qué característica de valoración corresponde?

Respuestas:

- **Altura de ostomía.**
- Tipo de ostomía.
- Viabilidad de ostomía.
- Construcción de ostomía

La altura de la ostomía es crucial porque determina como se ajusta y sella el sistema colector a la piel del paciente. Una ostomía que sobresale adecuadamente puede ayudar a garantizar un sello mas seguro, reduciendo el riesgo de filtraciones de afluentes por debajo de barrera del sistema.

El tipo de ostomía es importante para el tipo de afluente.

La viabilidad se refiere a la salud y función del estoma.

La construcción e la ostomía abarca como se realizo la cirugía y su configuración general.



Al aplicar enemas de limpieza con el objetivo de eliminar las heces, se emplean varias soluciones. ¿Qué tipo de solución estimula el peristaltismo aumentando el volumen en el colon e irritando la mucosa?

Respuestas:

- Espumosa.
- Hipotónica.
- Hipertónica.
- Isotónica.

Al aplicar enemas de limpieza con el objetivo de eliminar las heces, se emplean varias soluciones. ¿Qué tipo de solución estimula el peristaltismo aumentando el volumen en el colon e irritando la mucosa?

Respuestas:

- **Espumosa.**
- Hipotónica.
- Hipertónica.
- Isotónica.

Los enemas de limpieza tienen como objetivo eliminar las heces, para lo cual se usan varias soluciones. ¿Qué tipo de solución actúa mediante la extracción del líquido del espacio intersticial hacia el colon?

Respuestas:

- Hipertónica.
- Hipotónica.
- Isotónica.
- Espuma

Los enemas de limpieza tienen como objetivo eliminar las heces, para lo cual se usan varias soluciones. ¿Qué tipo de solución actúa mediante la extracción del líquido del espacio intersticial hacia el colon?

Respuestas:

- **Hipertónica.**
- Hipotónica.
- Isotónica.
- Espuma

Paciente de 50 años, atendida en emergencia, refiere dolor a nivel abdominal y no realiza deposición hace 5 días. A la valoración presenta signos vitales dentro de parámetros normales. Le prescriben enema evacuante. ¿Cuál es la posición para realizar este procedimiento?

Respuestas:

- Sims Izquierdo.
- Decúbito ventral.
- Decúbito supino.
- Genucubital.

Paciente de 50 años, atendida en emergencia, refiere dolor a nivel abdominal y no realiza deposición hace 5 días. A la valoración presenta signos vitales dentro de parámetros normales. Le prescriben enema evacuante. ¿Cuál es la posición para realizar este procedimiento?

Respuestas:

- **Sims Izquierdo.**
- Decúbito ventral.
- Decúbito supino.
- Genucubital.

Hombre de setenta años. Signos y síntomas: Presenta dificultad para orinar, dolor suprapúbico y un flujo de orina intermitente. Menciona que estos síntomas han empeorado en las últimas semanas. Revisión clínica o valoración: El profesional en salud realiza una palpación abdominal, encontrando una vejiga distendida. Se sospecha de retención urinaria aguda. El paciente tiene antecedentes de hiperplasia prostática benigna.

¿Cuál de las siguientes opciones podría ser la más adecuada para el manejo inicial de este paciente?

Respuestas

1. Realizar una cateterización vesical.
2. Administrar un diurético para aumentar la producción de orina.
3. Recomendar ejercicios de Kegel para fortalecer los músculos pélvicos.

Hombre de setenta años. Signos y síntomas: Presenta dificultad para orinar, dolor suprapúbico y un flujo de orina intermitente. Menciona que estos síntomas han empeorado en las últimas semanas. Revisión clínica o valoración: El profesional en salud realiza una palpación abdominal, encontrando una vejiga distendida. Se sospecha de retención urinaria aguda. El paciente tiene antecedentes de hiperplasia prostática benigna.

¿Cuál de las siguientes opciones podría ser la más adecuada para el manejo inicial de este paciente?

Respuestas

1. Realizar una cateterización vesical.

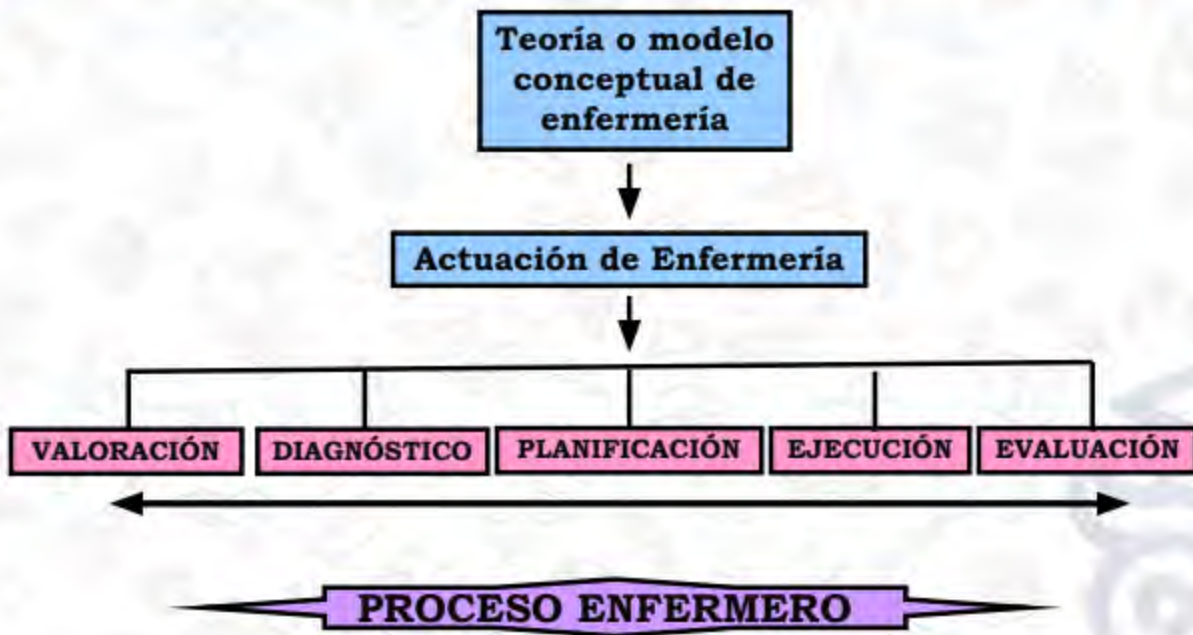
2. Administrar un diurético para aumentar la producción de orina.

3. Recomendar ejercicios de Kegel para fortalecer los músculos pélvicos.

La cateterización vesical es la intervención más adecuada para un paciente con retención urinaria aguda, especialmente cuando hay una vejiga distendida y dificultad para orinar. Este procedimiento permite el drenaje inmediato de la orina, aliviando el dolor suprapúbico y reduciendo el riesgo de daño renal o infecciones urinarias. En el caso de este paciente con antecedentes de hiperplasia prostática benigna, la cateterización ayuda a manejar la obstrucción urinaria causada por el agrandamiento de la próstata.

Las otras opciones no proporcionan un alivio inmediato ni son adecuadas para una situación de retención urinaria aguda.

CARACTERÍSTICAS QUE DEFINEN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA



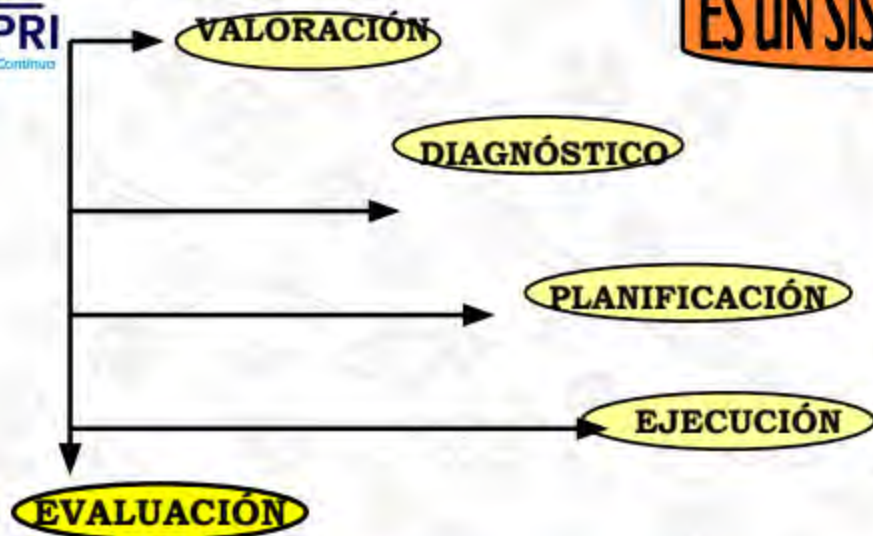
DEFINICIÓN DEL PROCESO ENFERMERO

Método sistemático y racional, centrado en la persona cuidada.

El proceso enfermero conlleva a la obtención de datos y su análisis con el fin de identificar respuestas humanas, así como el desarrollo y la revisión continua de un plan de intervenciones de enfermería destinadas a conseguir unos resultados establecidos de común acuerdo.



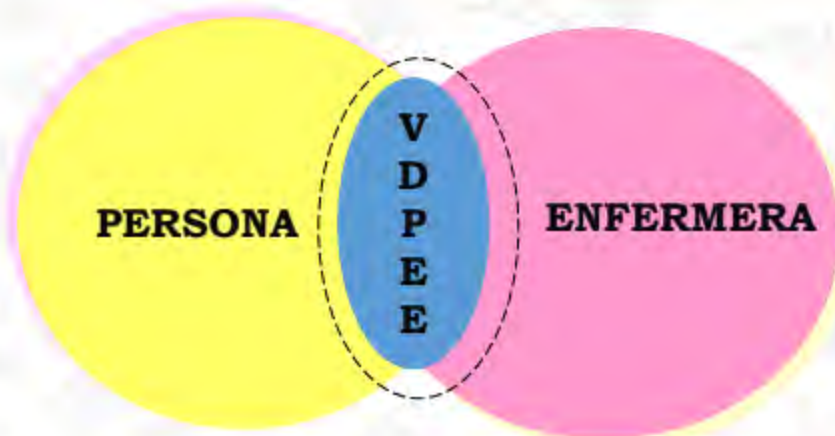
La garantía para individualizar los cuidados es trabajar "con la persona" y desarrollar una relación de respeto y confianza mutua.



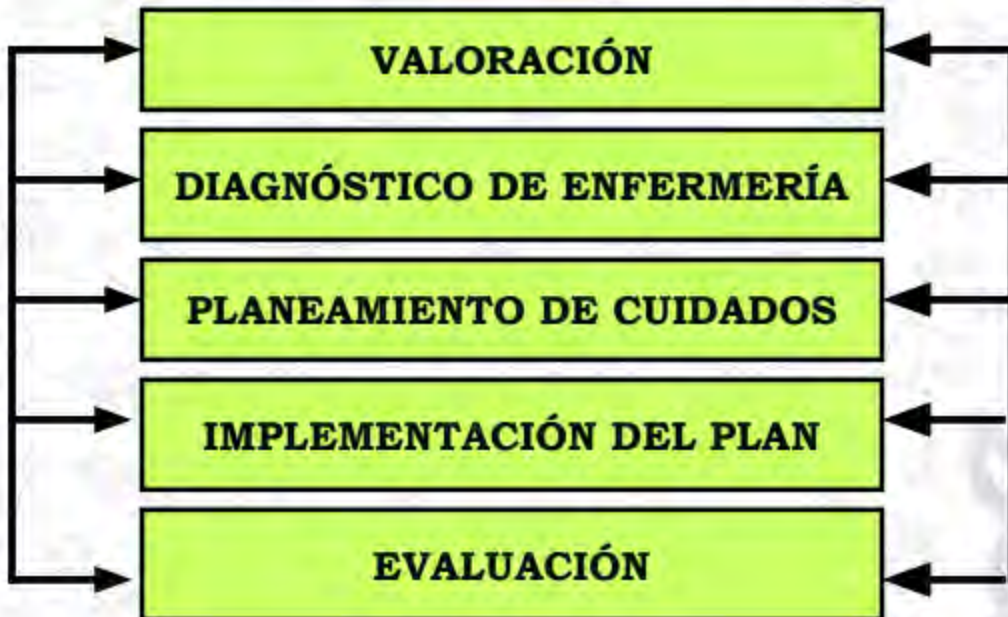
El proceso de enfermería es cíclico, es decir, sus componentes siguen una secuencia lógica, pero en un momento dado puede participar más de un componente, las fases se solapan unas con otras: Al final del primer ciclo, los cuidados pueden concluirse si se han alcanzado los objetivos, o el ciclo puede continuar con una nueva valoración, o puede modificarse el plan de cuidados.

ES INTERPERSONAL Y COLABORATIVO

Requiere que el personal se comuniquen directamente y de forma constante con las personas cuidadas y con las familias.



ETAPAS DEL PROCESO ENFERMERO



RESUMEN DE LOS CINCO PASOS DEL PROCESO ENFERMERO

COMPONENTE	OBJETIVO
VALORACIÓN	<i>Obtener, comprobar, organizar, validar y registrar los datos</i>
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	<i>Analizar los datos, identificar las respuestas humanas y las capacidades de la persona cuidada, formular los diagnósticos de enfermería</i>
PLANIFICACIÓN	<i>Identificar los objetivos del paciente; determinar las prioridades de asistencia; determinar los resultados esperados; seleccionar las intervenciones de enfermería para alcanzar los objetivos de la asistencia, registrar el plan de cuidados.</i>
EJECUCIÓN	<i>Llevar a cabo las intervenciones de enfermería necesarias para cumplir el plan, supervisar las intervenciones delegadas, registrar las notas de evolución de enfermería</i>
EVALUACIÓN	<i>Determinar en qué grado se han conseguido los resultados esperados, valorando y comparando los datos con los resultados esperados, continuar, modificar o finalizar el plan</i>



Es un proceso continuo que se lleva a cabo durante “todas las fases del Proceso Enfermero”, de allí que todas las fases del proceso enfermero dependen de la obtención exacta y completa de los datos necesarios



TIPOS DE DATOS :

OBJETIVO	→	Observables y mensurables
SUBJETIVOS	→	Evidentes sólo para persona afectada
HISTORICOS	→	Hechos acaecidos con anterioridad
ACTUALES	→	Hechos presentes en el momento
VARIABLES	→	Cambian : cifras de P.A.
CONSTANTES	→	No cambian : fecha de nacimiento

EJEMPLOS DE DATOS SUBJETIVOS Y OBJETIVOS

SUBJETIVOS	OBJETIVOS
• Me siento débil cuando hago un esfuerzo • El paciente refiere tener calambres en el estómago: Afirma: "tengo el estómago revuelto" • "Me falta el aliento" • La esposa señala: "Hoy parece que está menos triste" • "Me gustaría ver al cura antes de la cirugía"	• Tensión arterial, 90/50 • Pulso apical, 104 • Piel pálida, diaforesis • El paciente vomitó 100mL de líquido de color verde. • Abdomen firme con leve distensión • En la auscultación abdominal, ruidos intestinales presentes en los cuatro cuadrantes. • Murmullo vesicular bilateral, disminución en el lóbulo inferior derecho. • El paciente lloró durante la entrevista • El paciente sujeta una Biblia en la mano. • El paciente tiene una pequeña cruz de plata en la mesita de noche

TIPOS DE VALORACIÓN

Tipo	Momento de ejecución	Propósito	Ejemplo
Valoración inicial	Realizada en un plazo especificado tras el ingreso en un centro de asistencia sanitaria	Establecer una base de datos completa para la identificación del problema, y las referencias y comparaciones futuras	Valoración de enfermería al ingresar a un servicio de hospitalización o al visitar a una familia en una comunidad
Valoración focalizada	Proceso continuado integrado en los cuidados de enfermería	Determinar el estado de un problema específico determinado en una valoración previa. Identificar problemas nuevos o que pasaron desapercibidos	Valoración horaria de la ingestión de líquidos y de la diuresis del paciente en una UCI (oliguria) Valoración de la capacidad del paciente para cuidar de sí mismo mientras se le ayuda a bañarse.

Continuación...

TIPOS DE VALORACIÓN

Tipo	Momento de ejecución	Propósito	Ejemplo
Valoración urgente	Durante cualquier crisis o situación inesperada en el estado de salud de la persona o familia	Identificar respuestas humanas que pongan en peligro la vida	Valoración rápida de la vía aérea, el estado respiratorio y la circulación del paciente durante una parada cardíaca. Valoración de tendencias suicidas o del potencial violento del paciente
Nueva valoración después de un tiempo	Varios meses después de la valoración inicial	Comparar el estado actual del paciente respecto de los datos iniciales obtenidos con anterioridad	Volver a valorar el estado funcional en una residencia o en un contexto ambulatorio o, en el hospital, en el cambio de turno

Tomado de Kosier, Bárbara (2004)

¿QUE NECESITAMOS SABER PARA TENER UNA BASE DE DATOS SÓLIDA?

Necesitamos saber

Propósito para el que se esta reuniendo
información

¿Qué información necesitamos y cómo
organizarla?

¿Que fuentes de datos se puede utilizar
para obtener la información?

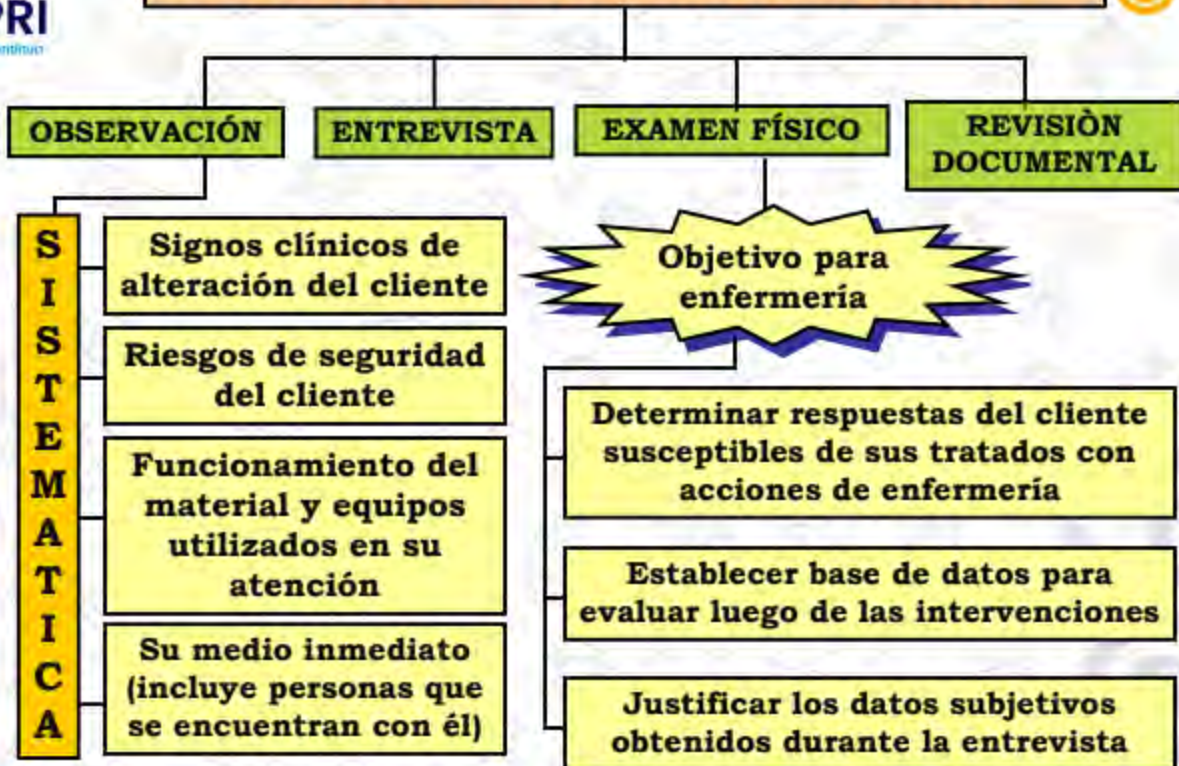
¿Que métodos utilizaremos para
recolectar la información?

¿Cómo clasificar la información
obtenida?





MÉTODOS PARA RECOLECTAR DATOS





ENTREVISTA



REGISTRO DE DATOS

Es esencial realizar un registro exacto e incluir todos los datos obtenidos sobre el estado de salud del paciente

Los datos se deben registrar de forma objetiva sin juicios e interpretaciones

VALIDACIÓN DE LOS DATOS

La validación consiste en una doble comprobación o verificación de los datos, para confirmar que sean exactos y objetivos.

permite

- ⊗ Asegurarse de que la información recogida durante la valoración es completa.
- ⊗ Asegurarse de que los datos objetivos y subjetivos relacionados concuerdan.
- ⊗ Obtener información adicional que pueda haberse pasado por alto.
- ⊗ Diferenciar los indicios de las deducciones.
- ⊗ Evitar conclusiones precipitadas y tomar una dirección equivocada a la hora de identificar problemas.

No todos los datos requiere una validación. Por ejemplo: estatura, peso, fecha de nacimiento, etc.

¿CÓMO CLASIFICAR LOS DATOS?

Organizar la información en grupos lógicos y prácticos utilizando el mismo marco conceptual de la historia de salud de enfermería

destacando

Datos significativos

Que necesitan mayor soporte y análisis

**Diagnóstico
de enfermería**

FAMILIAR

Prot. y Seguridad

- Niños en edad preescolar.
- Juguetes tirados en el piso
- Cocina y ollas con sustancias calientes al alcance de los niños.
- Kerosene en envases de gaseosa en el piso.

Amor y Pertenencia

- Padre no trabaja y siempre llega embriagado.
- Hijo mayor refiere "yo ya no confío en él, le tengo miedo, mejor evito hablar con él", "mi madre es la que trabaja para que podamos comer".



T° Corporal

T° 38°C

Facie rubicunda

P = 100x'

Diagnóstico Médico: Gastroenterocolitis

Eliminación Intestinal

- Depositiones líquidas 6-8 x día
- Dolor abdominal tipo retortijón.
- "Ingirió el día anterior cebiche en el mercado".

Autoestima

- Adolescente refiere "¿Quién se va a fijar en mí Srta.?"
- "Yo hubiera querido estudiar pero no he podido por falta de plata"



Ordene las etapas del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) como método científico de la profesión:

- 1. Evaluación.**
 - 2. Valoración.**
 - 3. Planificación.**
 - 4. Diagnóstico.**
 - 5. Ejecución.**
-
- a. 2, 4, 3, 5, 1
 - b. 1, 2, 4, 3, 5
 - c. 2, 3, 4, 5, 1
 - d. 1, 3, 2, 4, 5

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA





**DIAGNÓSTICO
DE
ENFERMERÍA**

incluye

**Análisis e
interpretación de
datos (Proceso
Diagnóstico)**

**Formulación de los
diagnósticos de
enfermería**

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS OBTENIDOS

**Comparar las variaciones importantes con
parámetros normales**

Determina

¿Qué es lo que
esta alterado?

¿En qué medida
se presentan las
alteraciones?

¿Cuáles son los
factores que
generan las
alteraciones?

¿Cuáles son los
riesgos que
podría
ocasionar?

**¿Qué le afecta?
¿Cuánto lo afecta?**

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

REAL

"Esta presente"
Representa un estado
que
ha sido validado
mediante
características
definitorias

DE RIESGO

Juicio emitido que indica que
un individuo familia o comu-
nidad son más vulnerables a
desarrollar un problema
que otras en una situación
igual o similar.

POSIBLE

Describen un problema
sospechado para el que
se necesita datos
adicionales

BIENESTAR

Juicio respecto a una
persona
familia o comunidad entre
un nivel específico de bie-
nestar hacia un nivel
~~más elevado.~~

DE SÍNDROME

Grupo de diagnósticos de enfermería reales
o potenciales que aparecen como consecuencia
de un acontecimiento o situación determinados

TIPOS DE DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA (*Ejemplos*)

REAL

Limpieza ineficaz de vías
aéreas r/c temor al
dolor
por presencia de herida
quirúrgica

POSIBLE

Posible alteración de
procesos familiares
r/c enfermedad de
madre familia

DE RIESGO

Riesgo de lesión de
integridad cutánea r/c
inmovilidad s/a A.C.V.

BIENESTAR

**Disposición para
mejorar
la relación conyugal**

SÍNDROME DE DESUSO

Alto riesgo de estreñimiento, alto
riesgo de alteración de procesos
de pensamiento, etc.







EJEMPLOS DE OBJETIVOS

- **El cliente recupera su patrón respiratorio normal en dos días.**
- **El cliente mejora su patrón nutricional, al término de 4 semanas.**
- **El cliente incrementa su tolerancia a la actividad al final de la primera semana.**
- **El cliente resuelve el duelo disfuncional en dos meses.**

EJECUCIÓN

Puesta en marcha de las acciones para
lograr resultados definidos en
el Plan de Atención

Implica

CAPACIDADES

- Capacidad intelectual
- Capacidades inter-personales (relación de ayuda)
- Habilidad y destreza

COORDINACIÓN

- Con miembros del equipo de salud y enfermería.
- Cliente
- Familia

REGISTRO

- Garantiza continuidad
- Evita duplicidad

La ejecución de la atención de enfermería se ajusta a :

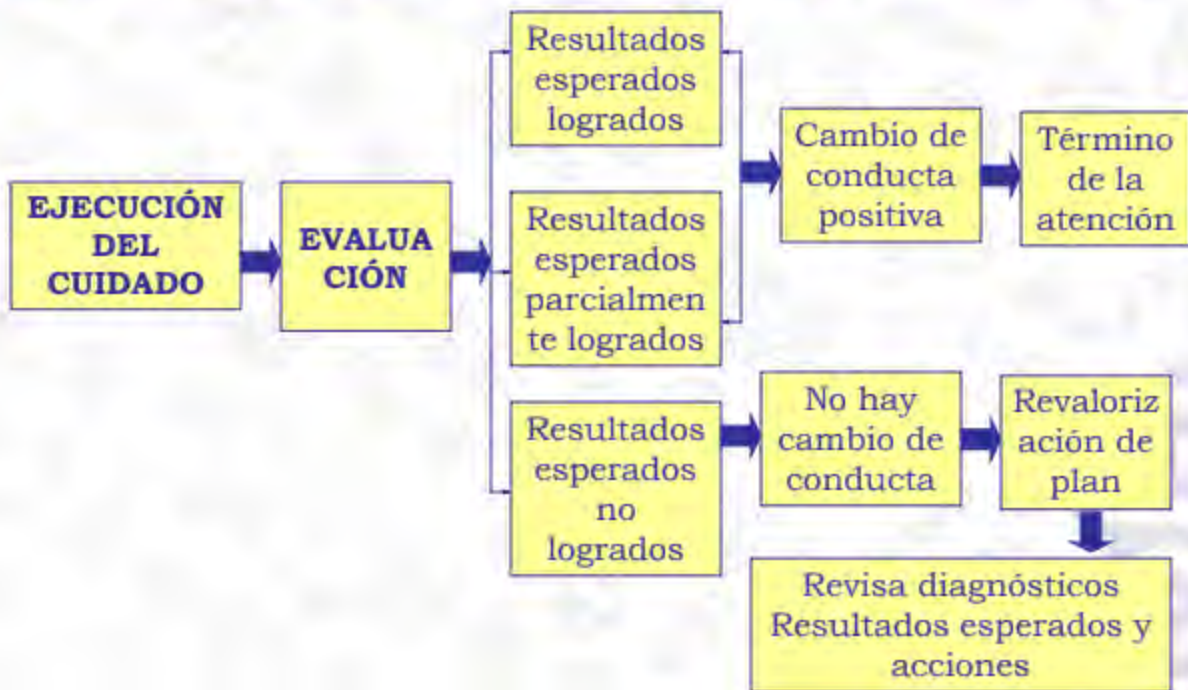
- Prestación de cuidados para conseguir objetivos del cliente.
- Refuerzo de cualidades.
- Ayuda a las AVD: Promover autocuidado e independencia del cliente.
- Supervisión del trabajo de otros miembros del equipo de enfermería .
- Comunicación con otros miembros del equipo de salud.
- Educación.



EJEMPLO DE OBJETIVOS, RESULTADOS Y MEDIDAS DE EVALUACIÓN

OBJETIVO	CRITERIO DE EVALUACIÓN	MEDIDA DE EVALUACIÓN
✓ El paciente recupera la sensación de autoestima en dos semanas.	El paciente recupera sus hábitos de descanso y sueño en dos semanas.	Hacer que el paciente conserve un registro del sueño. Preguntar a la familia sobre el tipo de actividades en que ha participado el paciente desde la última visita.
✓ La piel del paciente se mantiene íntegra, durante la hospitalización.	La piel que rodea las prominencias óseas está libre de eritema.	Inspeccionar la piel en la zona de presión.

DISEÑO METODOLÓGICO DE LA EVALUACIÓN DEL CUIDADO



Señale la característica de la fase de evaluación del Proceso de Atención de Enfermería:

- a. - Identificar los problemas del paciente.
- b. - Establecer los objetivos de los cuidados.
- c. - Determinar los objetivos y los resultados esperados.
- d. - Realizar las acciones de enfermería.



Señale la característica de la fase de evaluación del Proceso de Atención de Enfermería:

- a. - Identificar los problemas del paciente.
- b. - Establecer los objetivos de los cuidados.
- c. - **Determinar los objetivos y los resultados esperados.**
- d. - Realizar las acciones de enfermería.



¿Cuál es la definición de valoración como primera fase del proceso de atención de enfermería?

- a. - Definición de los diagnósticos de enfermería, como juicios clínicos, que explican y describen el estado de salud de la persona.
- b. - Proceso para determinar la causa o etiología del problema, como juicios clínicos a partir de la valoración en forma de diagnóstico enfermero.
- c. - Planeación de la atención de enfermería como un desarrollo de estrategias y prioridades.
- d. - Proceso organizado y sistemático de recolección y recopilación de datos sobre el estado de salud de la persona.

¿Cuál es la definición de valoración como primera fase del proceso de atención de enfermería?

- a. - Definición de los diagnósticos de enfermería, como juicios clínicos, que explican y describen el estado de salud de la persona.
- b. - Proceso para determinar la causa o etiología del problema, como juicios clínicos a partir de la valoración en forma de diagnóstico enfermero.
- c. - Planeación de la atención de enfermería como un desarrollo de estrategias y prioridades.
- d. - **Proceso organizado y sistemático de recolección y recopilación de datos sobre el estado de salud de la persona.**

Durante su práctica habitual debe iniciar el proceso enfermero para el cuidado de un paciente, establecer prioridades, elaborar objetivos y determinar los cuidados de enfermería. ¿Cuál es la etapa del proceso de atención de enfermería que hace referencia el enunciado?

- a. - Planeación.**
- b. - Valoración.
- c. - Diagnóstico.
- d. - Ejecución.



Paciente asmática y fumadora desde hace 15 años. Al realizar la Valoración como primera etapa del Proceso de Atención de Enfermería, presenta disnea, cianosis, ruidos respiratorios adventicios, produce esputo con frecuencia y tos inefectiva. ¿Cuál es la etiqueta diagnóstica que usted considera para la formulación del Diagnóstico real de Enfermería con formato PES?

- a. - Riesgo de aspiración.
- b. - Limpieza ineficaz de vías aéreas.
- c. - Riesgo de asfixia.
- d. - Deterioro de la integridad tisular.



Paciente asmática y fumadora desde hace 15 años. Al realizar la Valoración como primera etapa del Proceso de Atención de Enfermería, presenta disnea, cianosis, ruidos respiratorios adventicios, produce esputo con frecuencia y tos inefectiva. ¿Cuál es la etiqueta diagnóstica que usted considera para la formulación del Diagnóstico real de Enfermería?

- a. - Riesgo de aspiración.
- b. - Limpieza ineficaz de vías aéreas.**
- c. - Riesgo de asfixia.
- d. - Deterioro de la integridad tisular.

Relacione las actividades de enfermería con la fase correcta del Proceso de Atención:

Fase del Proceso	Actividades de Enfermería
1. Valoración	a. Análisis e interpretación de datos.
2. Diagnóstico	b. Determina el logro de los objetivos propuestos.
3. Planificación	c. Realización de una exploración física.
4. Ejecución	d. Determina las prioridades inmediatas.
5. Evaluación	e. Práctica del plan de cuidados.

- a. - 1c, 2a, 3d, 4e, 5b
- b. - 1b, 2a, 3d, 4e, 5c
- c. - 1c, 2d, 3a, 4e, 5b
- d. - 1b, 2a, 3e, 4d, 5c

Relacione las actividades de enfermería con la fase correcta del Proceso de Atención:

Fase del Proceso	Actividades de Enfermería
1. Valoración	a. Análisis e interpretación de datos.
2. Diagnóstico	b. Determina el logro de los objetivos propuestos.
3. Planificación	c. Realización de una exploración física.
4. Ejecución	d. Determina las prioridades inmediatas.
5. Evaluación	e. Práctica del plan de cuidados.

- a. - 1c, 2a, 3d, 4e, 5b**
b. - 1b, 2a, 3d, 4e, 5c
c. - 1c, 2d, 3a, 4e, 5b
d. - 1b, 2a, 3e, 4d, 5c



**Para nosotras que cuidamos,
nuestros cuidados suponen
que, si no progresamos cada
año, cada mes, cada semana,
estamos retrocediendo".**

**"Ningún sistema que no
avance puede perdurar".**

(1820-1910)

Cuidados Post-mortem

Cuidados posterior al fallecimiento, una vez que el médico confirme la defunción del paciente.



Atención en pacientes fallecidos

Signos inminentes de la muerte

Los signos más característicos que nos indica que la muerte puede ocurrir de forma inminente son:

Ralentización de la circulación sanguínea. Mano y pies frías al tacto.

Disminución de la temperatura corporal con sensación de frío.
Aparición de palidez.

Disminución o ausencia de movimientos oculares, o estos miran en blanco.

Aumento de la sudoración, que suele ser fría y pegajosa.

Disminución del tono muscular y aumento de la flacidez, con caída de la mandíbula, por lo que la boca permanece parcialmente abierta.

Cuidados Post-mortem

Signos inminentes de la muerte

Respiración lenta y difícil.

Acumulación de moco y secreciones en garganta y bronquios, lo que produce un ruido denominado **“estertor agónico”**

El pulso pasa de ser rápido a débil e irregular.

A medida que el paciente empeora, disminuye el flujo sangre al cerebro, por lo que va perdiendo sensibilidad.

Cuando se aproxima la muerte, la respiración se detiene y el pulso se hace mas débil hasta que no llega a palparse.

Signos de muerte cierta

Inmovilidad

Frialdad

Midriasis

Arreflexia

Apnea

Ausencia de pulso

ECG Y EEG planos

Se habla de **Agonía** para definir a la situación de proximidad a la muerte. En estos momentos, en los que la finalidad es mejorar el bienestar del paciente, se le procurara comodidad, aseo y cuidados de la piel y de la boca, y sobre todo compañía.



Cuidados Post-mortem

Son aquellos cuidados que se efectúan después de la muerte, una vez que el médico ha firmado el certificado de defunción o fallecimiento del paciente.

Dado el fallecimiento el cuerpo deberá de tratarse con todo respeto. Tener en cuenta que no se debe manipular en presencia de familiares o de otros pacientes. Para ellos se aislara en un espacio cerrado o mediante biombos, cortinas, para prestar los cuidados.

Hay que prestar los cuidados antes de que aparezca el **Rigor Mortis** (rigidez el cuerpo y de las extremidades) y después de retirar del cadáver todos los apósitos sucios, vendajes, sondas, tubos y catéteres.

Algor Mortis

El algor mortis es un fenómeno cadavérico temprano. En otras palabras, este es uno de los procesos de transformación que experimenta el cuerpo humano poco tiempo después de que se produce la muerte.

El proceso de enfriamiento de los cadáveres, o algor mortis, tiene lugar hasta que el cuerpo alcanza un equilibrio con el medio ambiente que lo rodea; culmina cuando el cuerpo comienza a descomponerse.

Algor Mortis

La temperatura normal es de 37.4°C una vez que el cuerpo muere, se produce un descenso de esta temperatura. Esta pérdida de calor puede verse afectada por diversos factores:

Masa corporal (Delgado – Obeso)

Temperatura ambiente

Ropa

Fiebre antes de morir

En términos generales, el cadáver pierde **2°C** de temperatura durante la **primera hora** después del deceso. Luego pierde 1°C por hora de manera constante durante las siguientes 12 horas. En las 12 horas posteriores, la temperatura desciende $0,5^{\circ}\text{C}$ por hora, de manera aproximada.

Algor Mortis

El proceso completo tarda **24 horas**. Tras este tiempo, la temperatura del cadáver comienza de nuevo a subir, hasta que se iguala con la del medio ambiente. Esto coincide con el inicio del proceso de la descomposición.

El proceso del algor mortis comienza por la cara, las manos y los pies. Se estima que a las dos horas de la muerte estas zonas ya muestran un enfriamiento notable, que se extiende posteriormente hacia el pecho, el dorso y las extremidades. Al final, se enfrían el cuello, el vientre y las axilas.



Cuidados Post-mortem

Algor Mortis

Recién nacidos y niños se enfrían de forma rápida

Obesos se enfrían de forma mas tardía

Muerte súbita se retrasa el enfriamiento

Hipotermia, golpe de calor, cuadros febriles, modifican la evolución del enfriamiento



Livor Mortis – Lividez cadavérica

La lividez cadavérica o hipóstasis, también denominada livor mortis, es el nombre que recibe el color rojo o azul que adquiere la piel y los órganos internos cuando cesa la circulación sanguínea y debido al efecto de la gravedad, en zonas declives del cuerpo.

No aparecen en zonas de apoyo ni de compresión

Hipostasias es la acumulación de sangre por acción de la gravedad en órganos internos (pulmón, bazo, hígado y riñones)



Livor Mortis – Lividez cadavérica

Localización en zonas declives

Cronología: 20-45 minutos en aparecer, Cuello y tronco, confluyen a partir de las 2 horas y se generalizan a las 12h.

Entre 12-18 se atenúan ante la presión, con la movilidad pueden aparecer livideces secundarias. **(transposición de las livideces)**

No se modifican a partir de las 18-24h. "fijación ", ni se forman nuevas livideces.

Cuidados Post-mortem

Livor Mortis – Coloración

Rojo violáceo (varía según grado de oxigenación de hemoglobina)

Rojo azuladas.- en cuadros asfícticos

Rojo cereza.- en intoxicación por monóxido de carbono, cianuro

Rojo achocolatada.- Intoxicación por Anilinas

Rojo verdoso.- Sepsis

Rosada.- Hipotermia, sumersión

Rigor Mortis

Es un signo reconocible de muerte que es causado por un cambio químico en los músculos que causa un estado de rigidez e inflexibilidad en las extremidades y una dificultad para mover o manipular el cadáver.

A una temperatura normal el rigor mortis suele aparecer a las 3-4 horas después de la muerte clínica y el rigor suele tener un efecto completo sobre las 12 horas.

Finalmente el rigor mortis se relaja y cede cuando los músculos se descomponen, proceso que es acelerado por el ácido láctico residual de la obtención de ATP.

Contracción muscular normal tras la muerte y fijada por la falta de ATP (por carencia de glucógeno)

Rigor Mortis

Fase de Relajación : Inmediata a la muerte, por pérdida de tono muscular.

Fase de Instauración: En esta fase, la rigidez se puede vencer aplicando cierta fuerza, pero si dejamos de aplicarla, al cabo de cierto tiempo se vuelve a instaurar, comienza en cabeza (maxilar inferior, a las 2-3 h). Cuello, miembros superiores, tronco y m. inferiores. A las 10h están afectados todos los grupos musculares.

Fase de Estado: Comprende desde que la rigidez alcanza su mayor intensidad hasta justo antes de empezar a desaparecer (24-36 horas post mortem). En esta fase la rigidez es invencible sin producir desgarros o fracturas. Rigidez máxima a las 12-14h hasta las 24h postmortem

Fase de Resolución: A partir de las 36 horas post mortem, donde si se vence la rigidez muscular mediante fuerza ya no vuelve a instaurarse, y pasada esta fase vuelve a aparecer la laxitud cadavérica.

Cuidados Post-mortem

Proceso de Rigor Mortis

Inicialmente el sujeto fallecido tiene atonía muscular (pérdida completa de fuerza en el músculo).

La contractura empieza aproximadamente entre la media hora y las 2 horas, y comienza en el **corazón, diafragma y músculos lisos**.

Fase de relajación muscular (en fibra lisa y estriada) y poco a poco rigidez, empezando a las 2 horas.

3 horas: ya aparece rigidez en cuello y miembros superiores

12 horas: rigidez completa

Cuidados Post-mortem

Proceso de Rigor Mortis

24 horas: máxima intensidad. Si antes de las 24 horas intentamos vencer la rigidez cadavérica, ésta se vence, pero conforme llegamos a las 24 horas nos va costando más vencerla instaurándose de nuevo paulatinamente.

De las 24-36 horas la rigidez es invencible a no ser que rompamos los tejidos. **A partir de las 36 horas la rigidez desaparece paulatinamente.**

48 horas: desaparece la rigidez.

Proceso de Rigor Mortis

Cuando el cuerpo muere empieza a consumir todo el ATP que le queda se va agotando todo el ATP, y aumentando a su vez **el ácido láctico** que va bajando el **pH** y provocando la acidificación del medio en el que se instaura la contracción muscular y por lo tanto, la rigidez cadavérica.

El ATP (trifosfato de adenosina), una molécula encargada de suministrar energía a las funciones celulares, deja de ser producido debido a la ausencia de oxígeno en las células. **Sin ATP**, la conexión entre los filamentos musculares actina y miosina no puede deshacerse, resultando en un endurecimiento y acortamiento del músculo. Es esta conexión mantenida la que da lugar a la rigidez característica.

Cuidados Post-mortem

Factores influyentes de Rigor Mortis

A **temperatura ambiente** elevada, la rigidez es rápida y dura menos

A **temperatura baja**, la rigidez dura más

La masa muscular influye, niveles de glucógeno, de ATP y la hidratación

Puede ser intensa y duradera en la muerte súbita

Las causas que determinen descenso de ATP originan una rigidez precoz. Convulsiones, ejercicio violento, hipertermia, tétanos, electrocución, intoxicación por estricnina.

Factores influyentes de Rigor Mortis

La **hidratación** muscular retrasa la rigidez y la **deshidratación** la acelera

La rigidez es precoz, débil y de corta duración en recién nacidos, lactantes, desnutridos y enfermos crónicos

La rigidez es tardía e intensa en sujetos atléticos.

La rigidez es tardía y débil, pero persistente, en las parálisis y atrofas musculares.



Cuidados Post-mortem

Actividades de enfermería

Avisar con tacto y respeto a los familiares la muerte del paciente

Preparar el equipo para amortajar en la habitación

Alinear el cuerpo, cerrar los párpados, colocar prótesis dental, retirar apósitos, sondas y otros.

Aseo parcial o total del paciente.

Colocar ficha de identificación en el interior y exterior.

Recursos materiales

Mortaja o sabana, vendas de 2,5 cm, algodón, esparadrapo ancho, tijeras, bolsas, empapador, toallas, esponja, jabón, pinzas de Kocher, solución salina, etiquetas, bolígrafo.

Aplicar medidas de bioseguridad (Bata, gorro, mascarilla, guantes)

Retirar todas las pertenencias del fallecido y entregar a familiares

Bajar la cama y retirar todas las almohadas, excepto la de la cabeza, para evitar estancamiento de sangre.

Colocar en decúbito supino, alineado, piernas estiradas, moviendo el cuerpo con suavidad evitando equimosis.

Realizar higiene de todo el cuerpo, especialmente en la cavidad bucal, limpiando los dientes y encías.

Colocar prótesis dentales en la boca y cerrarla, Si la boca no permanece cerrada, sujetarla con una venda, colocada bajo el mentón, anudándola en la cabeza.

Cerrarle los ojos; aplicando una ligera presión con la yema de los dedos, o colocar una torunda de algodón húmedos sobre ellos.

Peinarle el cabello

Mantener una posición del fallecido digna: decúbito supino, brazos a ambos lados del cuerpo, palmas de las manos hacia abajo y tobillos juntos.

Cuidados Post-mortem

Recursos materiales

Envolver en una sábana y poner el sudario o bolsa. Mantener el cuerpo alineado.

Poner etiqueta identificativa en el sudario.

Cada centro designará a la persona encargada de informar a los familiares de los trámites a seguir con el difunto.

El certificado de defunción será cumplimentado por el médico de guardia.

Notificar la baja a los servicios de admisión, cocina y farmacia.

Recopilar la historia clínica para su envío a archivos.

Recursos materiales

Recogida de material: recoger ropa y enseres, avisar al servicio de limpieza.

Avisar al servicio de admisión la disponibilidad de la cama.

La enfermera registrará en la evolución de enfermería: últimas medidas para evitar la muerte, causa del fallecimiento, hora y fecha.



Técnicas de amortajamiento

Técnica A

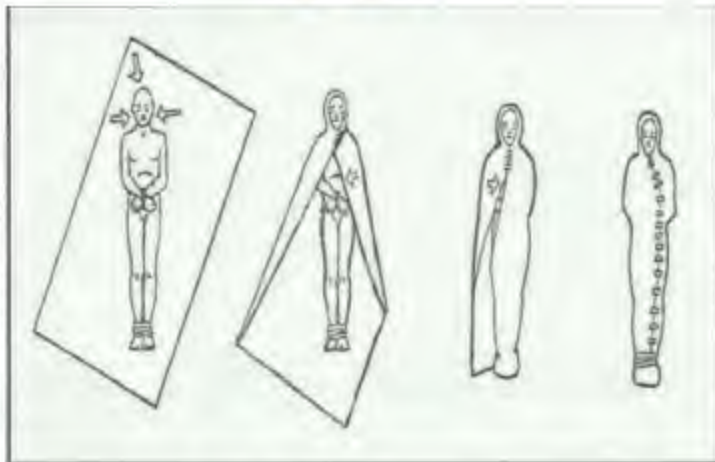


Figura.- Técnica A de amortajamiento

Técnicas de amortajamiento

Colocar el cadáver en posición lateral, retirar la sabana sucia.

Extender la sabana limpia en forma de rombo y volver a colocar el cuerpo en posición supino centrado.

Doblar el pico superior de la sabana a modo de pañuelo sobre el frente del cadáver.

Cerrar a nivel del cuello con tela adhesiva.

Envolver el tórax, abdomen, y las extremidades inferiores. Asegurar con tela adhesiva. Trasladar el cuerpo de la cama a la camilla y cubrirlo en su totalidad con otra sabana o introducirlo en el sudario.

Técnicas de amortajamiento

Técnica B

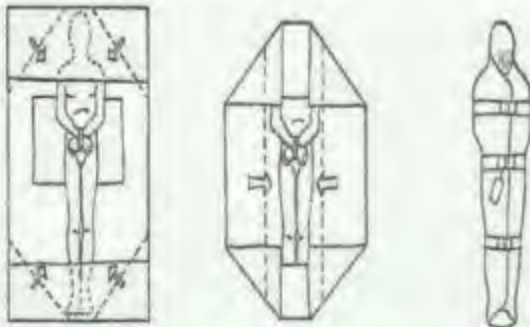


Figura.- Técnica B de amortajamiento.

Cuidados Post-mortem

Técnicas de amortajamiento

Colocar el cadáver en posición lateral, retirar la sabana sucia.

Extender la sabana limpia longitudinalmente en la cama.

Colocar los brazos sobre el abdomen y sujetar las muñecas y tobillos con una tira de venda.

Plegar la sabana por la zona de la cabeza y de los pies. A continuación doblar las esquinas y después los laterales.

Atar la sabana con tiras de tela adhesiva a la altura del tórax, cintura y rodillas.

Cuidados Post-mortem

Técnicas de amortajamiento

Colocar sobre el tórax por fuera de la mortaja, otra etiqueta de identificación con nombre y apellidos, fecha y hora del fallecimiento y nombre del médico.

Trasladar el cuerpo de la cama a la camilla y cubrirlo en su totalidad con otra sabana o introducirlo en el sudario.

Se debe garantizar una imagen limpia y aseada del fallecido:

Desconectar y retirar todos los equipos excepto si se va a realizar **necropsia**, no retirar sondas, drenajes o catéteres (sólo pinzar y cerrar llaves).

Atención al duelo después del fallecimiento

En cuanto a los aspectos psicológicos y de comunicación, es importante prestar cuidados e interés a la familia, y tratarla con respeto y comprensión. Hay que contestar a todas sus preguntas, e informarle de los procedimientos y los aspectos legales.

Debe evitarse comentar la muerte del enfermo con otros pacientes o visitantes. Se debe facilitar la realidad de la pérdida, la recogida de enseres del fallecido, informar de las manifestaciones normales del duelo; animar a la expresión de las emociones, etc.

Etapas del duelo

Negación

La negación es una etapa del duelo en la que la persona niega que haya sucedido la pérdida. La negación se considera una de las etapas más difíciles del duelo, ya que la persona puede estar evitando el proceso de duelo.

Rabia o ira

La rabia es una etapa del duelo en la que la persona se siente frustrada y enojada por la pérdida. A menudo, la ira es una respuesta normal al dolor y a la tristeza.



Etapas del duelo

Tristeza

La tristeza es una de las etapas más comunes del duelo y es normal sentirse triste después de una pérdida. En esta etapa, la persona se da cuenta de que la persona fallecida se ha ido y que no va a volver. Se pueden sentir tristes y deprimidos, experimentando incluso dificultades para concentrarse o dormir.

Aceptación

La aceptación es una etapa del duelo en la que la persona finalmente acepta la pérdida y se adapta a la nueva situación. Lo cierto es que la aceptación puede ser una de las etapas más fáciles del duelo, pero es un proceso necesario y saludable para seguir viviendo.

Una paciente femenina de sesenta y cinco años, viuda, llega a consulta tras el fallecimiento reciente de su esposo. Presenta síntomas de tristeza profunda, insomnio y pérdida de apetito. Durante la valoración clínica, se observa que la paciente también ha perdido peso y muestra signos de ansiedad. La profesional de salud realiza un análisis detallado y determina que la paciente se encuentra en la fase de duelo. ¿En cuál de las siguientes fases del duelo se encuentra la paciente?

Respuestas:

- A. Negación
- B. Depresión
- C. Aceptación

Una paciente femenina de sesenta y cinco años, viuda, llega a consulta tras el fallecimiento reciente de su esposo. Presenta síntomas de tristeza profunda, insomnio y pérdida de apetito. Durante la valoración clínica, se observa que la paciente también ha perdido peso y muestra signos de ansiedad. La profesional de salud realiza un análisis detallado y determina que la paciente se encuentra en la fase de duelo. ¿En cuál de las siguientes fases del duelo se encuentra la paciente?

Respuestas:

A. Negación

B. Depresión

C. Aceptación

La fase de depresión en el duelo se caracteriza por síntomas de tristeza profunda, insomnio, pérdida de apetito y pérdida de peso, tal como se describe en el caso de la paciente. Durante esta fase, es común que las personas sientan una intensa tristeza y desesperanza, y pueden experimentar cambios en sus patrones de sueño y alimentación. La observación de ansiedad también puede estar presente en esta etapa, ya que la persona enfrenta la realidad de la pérdida y las implicaciones emocionales que conlleva.



Un paciente masculino de setenta años, fallecido recientemente, es trasladado al hospital para recibir cuidados post-mortem. Durante la revisión, el personal de salud retira sondas y catéteres, y viste al paciente con ropa limpia. El equipo de enfermería también documenta los cuidados realizados y se asegura de que el cuerpo esté preparado adecuadamente para el traslado a la morgue. ¿Cuál de los siguientes procedimientos es una parte fundamental de los cuidados post-mortem?

Respuestas:

- A. Indicar el realizar una autopsia
- B. Limpiar y desinfectar el cuerpo
- C. Administrar medicación paliativa

Cuidados Post-mortem

Un paciente masculino de setenta años, fallecido recientemente, es trasladado al hospital para recibir cuidados post-mortem. Durante la revisión, el personal de salud retira sondas y catéteres, y viste al paciente con ropa limpia. El equipo de enfermería también documenta los cuidados realizados y se asegura de que el cuerpo esté preparado adecuadamente para el traslado a la morgue. ¿Cuál de los siguientes procedimientos es una parte fundamental de los cuidados post-mortem?

Respuestas:

- A. Indicar el realizar una autopsia
- B. Limpiar y desinfectar el cuerpo**
- C. Administrar medicación paliativa

Cuidados Post-mortem

Los cuidados post-mortem incluyen procedimientos esenciales como la limpieza y desinfección del cuerpo, la retirada de sondas y catéteres, y la preparación del cuerpo para el traslado. Estos cuidados aseguran que el cuerpo esté en un estado adecuado para la presentación y el traslado, y son fundamentales para mantener la dignidad del paciente fallecido y la seguridad del personal de salud.

Realizar una autopsia y administrar medicación paliativa no forman parte de los cuidados post-mortem estándar; la autopsia se realiza sólo en casos específicos, y la medicación paliativa se administra antes del fallecimiento para aliviar el dolor y los síntomas.

Un paciente masculino de ochenta años falleció hace tres horas. Durante la revisión post-mortem, el equipo de salud observa que el cuerpo del paciente ha comenzado a enfriarse y la temperatura corporal está disminuyendo gradualmente. El personal médico documenta estos cambios y realiza las mediciones necesarias para confirmar el tiempo transcurrido desde el fallecimiento. ¿Cuál de los siguientes cambios es característico?

Respuestas:

- A. Algor mortis
- B. Rigor Mortis
- C. Livor mortis

Un paciente masculino de ochenta años falleció hace tres horas. Durante la revisión post-mortem, el equipo de salud observa que el cuerpo del paciente ha comenzado a enfriarse y la temperatura corporal está disminuyendo gradualmente. El personal médico documenta estos cambios y realiza las mediciones necesarias para confirmar el tiempo transcurrido desde el fallecimiento. ¿Cuál de los siguientes cambios es característico?

Respuestas:

A. Algor mortis

B. Rigor Mortis

C. Livor mortis

El Algor Mortis es el proceso de enfriamiento del cuerpo después de la muerte. Esto implica una disminución gradual de la temperatura corporal hasta que se iguala con la temperatura ambiente. Este fenómeno es uno de los primeros cambios post-mortem y puede ayudar a estimar el tiempo transcurrido desde el fallecimiento. La rigidez muscular es característica del rigor mortis, y la aparición de manchas de color púrpura en la piel se refiere al livor mortis, ambos son fenómenos post-mortem diferentes.

Cuidados Post-mortem

Una paciente femenina de setenta y cinco años falleció en el hospital. El equipo de enfermería procede a realizar los cuidados post-mortem. Estos incluyen la retirada de cualquier dispositivo médico, la limpieza y desinfección del cuerpo, el cierre de los ojos y la boca, y el vestuario con ropa limpia. Además, documentan todos los procedimientos realizados y preparan el cuerpo para ser trasladado a la morgue. ¿Cuál de los siguientes procedimientos es parte de los cuidados post-mortem realizados por el equipo de enfermería?

Respuestas

- A. Realizar una intervención quirúrgica
- B. Administrar medicamentos para el dolor
- C. Retirar dispositivos médicos y limpiar el cuerpo

Cuidados Post-mortem

Una paciente femenina de setenta y cinco años falleció en el hospital. El equipo de enfermería procede a realizar los cuidados post-mortem. Estos incluyen la retirada de cualquier dispositivo médico, la limpieza y desinfección del cuerpo, el cierre de los ojos y la boca, y el vestuario con ropa limpia. Además, documentan todos los procedimientos realizados y preparan el cuerpo para ser trasladado a la morgue. ¿Cuál de los siguientes procedimientos es parte de los cuidados post-mortem realizados por el equipo de enfermería?

Respuestas

- A. Realizar una intervención invasiva
- B. Administrar medicamentos para el dolor
- C. Retirar dispositivos médicos y limpiar el cuerpo**

Cuidados Post-mortem

Los cuidados post-mortem realizados por el equipo de enfermería incluyen la retirada de dispositivos médicos como sondas y catéteres del cuerpo del paciente fallecido. Además, se realiza la limpieza y desinfección del cuerpo para prepararlo adecuadamente antes de su traslado a la morgue. Estos procedimientos son estándar para asegurar la dignidad del paciente y la higiene post-mortem, mientras que administrar medicamentos para el dolor no es parte de los cuidados post-mortem y realizar una intervención quirúrgica es una medida excepcional y específica que no se realiza rutinariamente después del fallecimiento.

Una paciente femenina de cincuenta años está experimentando un proceso de duelo tras la pérdida de su madre hace dos semanas. Durante la consulta psicológica, describe sentirse en estado de shock inicialmente y ahora está experimentando sentimientos de enojo y culpa. También menciona dificultades para concentrarse en el trabajo y problemas para dormir durante la noche. ¿En cuál de las siguientes etapas del duelo se encuentra la paciente?

Respuestas:

- A. Negación
- B. Ira
- C. Aceptación

Una paciente femenina de cincuenta años está experimentando un proceso de duelo tras la pérdida de su madre hace dos semanas. Durante la consulta psicológica, describe sentirse en estado de shock inicialmente y ahora está experimentando sentimientos de enojo y culpa. También menciona dificultades para concentrarse en el trabajo y problemas para dormir durante la noche. ¿En cuál de las siguientes etapas del duelo se encuentra la paciente?

Respuestas:

- A. Negación
- B. **Ira**
- C. Aceptación

Cuidados Post-mortem

La paciente está experimentando sentimientos de enojo y culpa, lo cual es característico de la etapa de ira en el proceso de duelo. Durante esta fase, las personas suelen sentirse frustradas y enfadadas por la pérdida, a menudo buscando culpables o sintiéndose injustamente tratadas. También es común que experimenten dificultades para concentrarse y problemas para dormir debido a la intensidad emocional que están experimentando.

TAXONOMIAS NANDA, NOC Y NIC



La taxonomías NANDA, NOC Y NIC proporcionan al personal de enfermería una mejor descripción del proceso enfermero para el planteamiento de cuidados de calidad que aseguren el bienestar del individuo, familia o comunidad.

NANDA

CLASIFICACION-
DIAGNOSTICOS
ENFERMEROS

NIC

INTERVENCIONES

NOC

RESULTADOS



NANDA – Diagnósticos enfermeros

NANDA son las siglas de la North American Nursing Diagnosis Association, una asociación profesional fundada en 1982, cuyo propósito es definir, promover y continuar trabajando para que se implemente la terminología que refleja los juicios clínicos de las enfermeras.

DIAGNOSTICO- NANDA

“Un juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o comunitarias a problemas de salud y procesos de vida reales o potenciales.

NANDA **EJES DE DIAGNOSTICO**

Un eje se define operativamente como una dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso de diagnóstico.

Son componentes que estructuran los diagnósticos de enfermería.

Estos ejes ayudan a organizar y especificar los diagnósticos para que sean mas claros y precisos

NANDA EJES DE DIAGNOSTICO

- **Eje 1:** el foco del diagnóstico o enfoque del diagnóstico
- **Eje 2:** sujeto del diagnóstico (individuo, familia, grupo, cuidador, comunidad)
- **Eje 3:** juicio (deteriorado, inefectivo, etc.)
- **Eje 4:** ubicación (vejiga, auditiva, cerebral, etc.)
- **Eje 5:** edad (recién nacido, lactante, niño, adulto, etc.)
- **Eje 6:** tiempo (crónico, agudo, intermitente)
- **Eje 7:** estado del diagnóstico (centrado en el problema, riesgo, promoción de la salud).

NANDA EJES DE DIAGNOSTICO

Los ejes están representados en las **etiquetas de los diagnósticos** de enfermería a través de sus términos. En algunos casos, se nombran explícitamente, como con los diagnósticos en afrontamiento comunitario inefectivo y afrontamiento familiar comprometido, en el que el sujeto del diagnóstico se nombra utilizando los dos términos "comunidad" y "familia" tomado del **Eje 2 (sujeto del diagnóstico)**. "Inefectivo" y "comprometido" son dos de los términos contenidos en el **Eje 3 (sentencia o juicio)**.

NANDA

EJES DE DIAGNOSTICO

Enfoque de diagnostico: Describe el problema o necesidad de salud.

Sujeto del diagnostico: Indica a quien se aplica el diagnostico. (individuo, familia, comunidad.

- Individuo: un solo ser humano distinto de los demás, una persona
- Familia: dos o más personas que mantienen relaciones continuas o sostenidas; relacionados por sangre y / o elección.
- Grupo: varias personas con características compartidas
- Comunidad: un grupo de personas que viven en el mismo lugar bajo el mismo gobernante; los ejemplos incluyen barrios y ciudades.

NANDA EJES DE DIAGNOSTICO

Juicio: Describe la naturaleza del problema (deterioro, déficit, riesgo)

Localización: Especifica la parte del cuerpo afectada.

Edad: Se refiere al grupo de edad de la persona que es objeto del diagnóstico. (adolescentes, adulto, adulto mayor, etc.)



NANDA EJES DE DIAGNOSTICO

Tiempo: Describe la duración o le momento del problema:

- Agudo: <3 meses
- Crónico: duradero > 3 meses
- Intermitente: parada o arranque a intervalos, periódica, cíclica
- Continuo: ininterrumpido.

Estado del diagnóstico: Se refiere a la actualidad o potencialidad del problema / síndrome o oportunidad de promoción de la salud a la categorización del diagnóstico como un diagnóstico de promoción de la salud.

NANDA COMPONENTES DE DIAGNOSTICO

Etiqueta de diagnostico:

Proporciona un nombre para un diagnóstico que refleja, como mínimo, el enfoque del diagnóstico (del Eje 1) y el juicio de enfermería (del Eje 3). Es un término o frase conciso que representa un patrón de señales relacionadas.

Característica definitoria

Indicaciones / inferencias observables que se agrupan como manifestaciones de un diagnóstico o síndrome de promoción de la salud centrado en un problema. Esto implica no solo las cosas que la enfermera puede ver, sino también las cosas que se ven, oyen (por ejemplo, el paciente o la familia nos dice).

NANDA COMPONENTES DE DIAGNOSTICO

Factores de riesgo:

Factores antecedentes que aumentan la susceptibilidad de un individuo, cuidador, familia, grupo o comunidad a una respuesta humana indeseable. Estos factores deben ser modificables mediante intervenciones de enfermería independientes y, siempre que sea posible, las intervenciones deben estar dirigidas a estos factores.

Factores relacionados

Se ha demostrado que los factores antecedentes tienen una relación pautaada con la respuesta humana. Dichos factores pueden describirse como asociados, relacionados o contribuyentes a esa respuesta.

NANDA COMPONENTES DE DIAGNOSTICO

Poblaciones de riesgo:

Grupos de personas que comparten características sociodemográficas, antecedentes de salud / familiares, etapas de crecimiento / desarrollo, exposición a ciertos eventos / experiencias que hacen que cada miembro sea susceptible a una respuesta humana particular.

Condiciones asociadas:

Diagnósticos médicos, procedimientos de diagnóstico / quirúrgicos, dispositivos médicos / quirúrgicos o preparaciones farmacéuticas; estas condiciones son modificables mediante intervenciones de enfermería independientes.

NANDA

Dominio

Hace referencia a una esfera que engloba a las clases y diagnósticos. Cada dominio se refiere a un área específica de una persona y su vez cada dominio se agrupa a diagnósticos específicos.

Clase

Agrupar a un número determinado de diagnósticos los cuales se relacionan entre sí.



NANDA



NANDA



Figura 6.2: Taxonomía II. a) Clasificación de los dominios y clases.

NANDA

Tipos de diagnósticos – 4 tipos

Orientado al problema – Diagnostico real:

Hace referencia al diagnóstico de un problema del paciente que está presente durante una evaluación de enfermería.

El diagnóstico orientado a problemas tiene tres componentes:

Diagnóstico de enfermería
Factores relacionados
Definir características

Se basan en los signos y síntomas que presenta el paciente

NANDA

Tipos de diagnósticos – 4 tipos

Diagnostico de riesgo:

Se refiere a aquel diagnóstico que se da cuando los factores de riesgo requieren la intervención antes de que se desarrolle un problema real. Esta situación se da por ejemplo cuando existe un riesgo de desequilibrio del volumen de líquidos.

Promoción de la salud: Hace referencia a aquel diagnostico que promueve la mejora del bienestar general de un paciente, o una comunidad.

Síndrome: Este diagnóstico se refiere a un grupo de diagnósticos que suceden según un estándar o en su defecto, que pueden ser tratados con las mismas intervenciones de enfermería. Algunos ejemplos de esta modalidad de diagnóstico incluyen disminución del gasto cardíaco o de la perfusión del tejido cardíaco; perfusión ineficaz del tejido cerebral, entre muchos otros.

NANDA

Tipos de diagnósticos

Real

Etiqueta diagnóstica R/C Causas (factores relacionados) E/P Signos y síntomas (característica definitorias)

Potencial

Etiqueta diagnóstica R/C Causas (factores relacionados)

Dato clave: En la etiqueta siempre llevan la palabra **riesgo**

Bienestar

Etiqueta diagnóstica E/P Signos y síntomas (característica definitorias)

Suele comenzar con la palabra **Disposición**



Los diagnósticos de **promoción de salud** generalmente contienen únicamente características definitorias, aunque pueden usarse factores relacionados si ellos mejora la comprensión del diagnóstico.

NOC – CLASIFICACION DE RESULTADOS EN ENFERMERIA

Organización sistémica de resultados en grupos o categorías basados en semejanza, diferencias y relaciones entre los resultados. La estructura de la taxonomía NOC tiene cinco niveles: **dominios, clases, resultados, indicadores y escalas de medición.**

La NOC es una clasificación global y estandarizada de los resultados del paciente, se utiliza para evaluar los resultados de las intervenciones enfermeras (objetivos esperados).



[illegible]

NOC – CLASIFICACION DE RESULTADOS EN ENFERMERIA

Para hacer la búsqueda de resultados esperados se puede hacer de 4 formas:

Por relación NANDA-NOC

Taxonomía

Especialidad

Patrones funcionales

NOC – CLASIFICACION DE RESULTADOS EN ENFERMERIA

Por ejemplo para relacionar los resultados sugerido de acuerdo a la etiqueta diagnostica se los ubica en la cuarta parte del libro NOC, eligiendo la etiqueta diagnostica se elige el resultado que se considere mas adecuado.

RESULTADOS ESPERADOS	
1	LIMPIEZA INEFICAZ DE LA VÍA AÉREA Incapacidad para eliminar las secreciones u obstrucciones del tracto respiratorio para mantener las vías aéreas permeables
RESULTADOS SUGERIDOS	2 RESULTADOS OPCIONALES
2,1	• Estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias • Estado respiratorio: ventilación • Prevención de la aspiración • Respuesta de la ventilación mecánica: adulto
	• Autocontrol del asma • Cognición • Nivel del dolor • Control de síntomas • Control del riesgo: consumo de tabaco • Estado neurológico • Estado respiratorio: intercambio gaseoso • Nivel de ansiedad • Resistencia • Respuesta al destete de la ventilación mecánica • Severidad de la infección

NOC – CLASIFICACION DE RESULTADOS EN ENFERMERIA

La NOC propone una lista de resultados sugeridos y una de resultados opcionales.

Cuando se ha seleccionado el resultado sugerido u opcional, debe remitirse a la tercera parte del libro denominada “Resultados” para buscar por orden alfabético el resultado seleccionado.

Es preciso elegir los indicadores del resultado que, de acuerdo con su consideración son los más apropiados para lograr los objetivos del plan.

Al seleccionar el indicador, éste le proporcionará la escala de medición tipo **Likert**, la cual le será de utilidad para determinar la puntuación diana del resultado

NOC – CLASIFICACION DE RESULTADOS EN ENFERMERIA

Código/ puntación	1	2	3	4	5
a	Gravemente comprometida	Sustancialmente comprometida	Moderadamente comprometida	Levemente comprometida	No comprometida
b	Desviación grave del rango normal	Desviación sustancial del rango normal	Desviación moderada del rango normal	Desviación leve del rango normal	Sin desviación del rango normal
f	Inadecuado	Ligeramente adecuado	Moderadamente adecuado	Sustancialmente adecuado	Completamente adecuado
g	Mayor de 10	7-9	4-6	1-3	Ninguno
h	Extenso	Sustancial	Moderado	Escaso	Ninguno
i	Ninguno	Escaso	Moderado	Sustancial	Extenso
k	Nunca positivo	Raramente positivo	A veces positivo	Frecuentemente positivo	Siempre positivo
l	Muy débil	Débil	Moderado	Intenso	Muy intenso
m	Nunca demostrado	Raramente demostrado	A veces demostrado	Frecuentemente demostrado	Siempre demostrado
n	Grave	Sustancial	Moderado	Leve	Ninguno
r	Escasa	Justa	Buena	Muy buena	Excedente
s	No del todo satisfecho	Algo satisfecho	Moderadamente satisfecho	Muy satisfecho	Completamente satisfecho
t	Siempre demostrado	Frecuentemente demostrado	A veces demostrado	Raramente demostrado	Nunca demostrado

NOC – CLASIFICACION DE RESULTADOS EN ENFERMERIA

Indicador:

Estado, conducta o percepción de un individuo, familia y comunidad más específico que sirve como base para medir un resultado.

- Su propósito es ayudar a determinar el estado de salud del paciente.
- Selección de indicadores importantes para el paciente

Los indicadores deben ser observables, medibles y realistas con la situación de la persona, familia o comunidad.

NOC – CLASIFICACION DE RESULTADOS EN ENFERMERIA

La primera puntuación diana, denominada **“Mantener a _____”**, se refiere al valor que emitirá (que le proporciona la escala Likert) al inicio de su valoración de acuerdo con el estado en el que se encuentre el paciente. La segunda, denominada **“Aumentar a _____”**, alude a la puntuación que emitirá al finalizar las intervenciones, por tanto, la puntuación diana le permite medir el estado inicial y final de salud del paciente durante su plan de intervención

NOC – CLASIFICACION DE RESULTADOS EN ENFERMERIA

Recuerden que el criterio para otorgar valor a la puntuación diana va de 1, que es lo más crítico o menos deseado, hasta 5, que es lo óptimo o lo que más se desea.

A manera de ejemplo : posterior a la valoración de enfermería, se identifica que la persona presenta secreciones abundantes y sonidos respiratorios tipo estertores, el diagnóstico que se determina es la **limpieza ineficaz de la vía aérea**, por tanto, la selección del resultado será **estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias**.

NOC – CLASIFICACION DE RESULTADOS EN ENFERMERIA

ESTADO RESPIRATORIO: PERMEABILIDAD DE LA VÍA RESPIRATORIA						
Dominio: salud fisiológico (II)						
Clase: Cardiopulmonar						
Definición: Vías traqueobronquiales abiertas, despejadas y limpias para el intercambio de aire.						
Puntuación Diana:	Mantener a: 2		Aumentar a: 4			5
INDICADORES	Gravemente comprome- tido	Sustan- cialmente comprome- tido	Modera- damente comprome- tido	Levemente comprome- tido	No comprome- tido	No aplica
Facilidad respiratoria	1	2	3	4	5	N/A
Frecuencia respiratoria	1	2	3	4	5	N/A
Ritmo respiratorio	1	2	3	4	5	N/A
Movilización del esputo hacia afuera de la vía aérea	1 4	2	3	4	5	N/A
Eliminación de obstáculos de la vía aérea	1	2	3	4	5	N/A

NIC – CLASIFICACION DE INTERVENCIONES EN ENFERMERIA

Al tener la necesidad de establecer un lenguaje común tanto en diagnósticos, resultados e intervenciones, se estableció el proyecto denominado **Iowa Interventions Project**, que en la actualidad se ocupa del desarrollo de la **NIC** y que es definida como: la "Organización sistemática de las denominaciones de las intervenciones en función de las similitudes de lo que puede considerarse como estructura conceptual".

Se trata de una clasificación de las intervenciones que realizaron los profesionales de enfermería, la cual tiene gran utilidad para la documentación clínica, la comunicación de cuidados efectuados en situaciones diversas, la investigación eficaz y para la gestión para cuantificar la productividad y la evaluación de competencias.

NIC – CLASIFICACION DE INTERVENCIONES EN ENFERMERIA

Nivel 1 Campos	Campo 1 Fisiológico básico	Campo 2 Fisiológico complejo	Campo 3 Conductual	Campo 4 Seguridad	Campo 5 Familia	Campo 6 Sistema sanitario	Campo 7 Comunidad
Nivel 2 Cares	Control de actividad y ejección	Control de electrolitos y ácido-base	Terapia conductual	Seguridad	Cuidados de un nuevo bebé	Mediación de sistemas sanitarios	Fomento de la salud de la comunidad
	Control de eliminación	Control de térmicas	Terapia cognitiva	Control en casos de crisis	Cuidados de cría de un nuevo bebé	Gestión de sistemas sanitarios	Control de riesgos de la comunidad
	Control de inmovilidad	Control neurológico	Preservación de la comunicación	Control de riesgos	Cuidados de la vida	Control de la información	
	Apoyo nutricional	Cuidados peroperatorios	Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles				
	Fomento de la comunidad física	Control respiratorio	Educación de los pacientes				
	Facilitación de las autoactividades	Control de la piel/heridas	Fomento de la comunidad psicológica				
		Termorregulación					
Nivel 3		Control de la perfusión tisular		Intervenciones de enfermería			

NIC – CLASIFICACION DE INTERVENCIONES EN ENFERMERIA



Relación entre el proceso de atención de enfermería y la utilización de taxonomías.

¿Cuál es el eje diagnóstico que está representado por el valor individuo, cuidador, familia, grupo y comunidad de la taxonomía NANDA -I?

Respuestas:

- Sujeto del diagnóstico.
- Foco del diagnóstico.
- Localización del diagnóstico.
- Estado del diagnóstico.

¿Cuál es el eje diagnóstico que está representado por el valor individuo, cuidador, familia, grupo y comunidad de la taxonomía NANDA -I?

Respuestas:

- **Sujeto del diagnóstico.**
- Foco del diagnóstico.
- Localización del diagnóstico.
- Estado del diagnóstico.

Dentro de los ejes explicados anteriormente, el que esta basado a quien se dirige el diagnostico enfermero es el sujeto de diagnostico que incluye:
individuo, familia, grupo, cuidador, comunidad.

Paciente acude al servicio de Consulta Externa por presentar incapacidad para ingerir alimentos, diarrea, dolor abdominal y pérdida de peso importante. Seleccione la etiqueta diagnóstica prioritaria según la NANDA-I.

Respuestas:

- Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.
- Déficit de autocuidado: alimentación.
- Disposición para mejorar la nutrición.
- Patrón de alimentación ineficaz.

Paciente acude al servicio de Consulta Externa por presentar incapacidad para ingerir alimentos, diarrea, dolor abdominal y pérdida de peso importante. Seleccione la etiqueta diagnóstica prioritaria según la NANDA-I.

Respuestas:

- **Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades.**
- Déficit de autocuidado: alimentación.
- Disposición para mejorar la nutrición.
- Patrón de alimentación ineficaz.

De las opciones dadas, "Desequilibrio nutricional: Ingesta inferior a las necesidades" es la más adecuada, ya que el paciente presenta incapacidad para ingerir alimentos, diarrea, dolor abdominal y pérdida de peso importante. Estos síntomas sugieren que no está consumiendo suficientes nutrientes para satisfacer sus necesidades corporales.

Déficit de autocuidado, alimentación: Esto sugiere que el paciente no puede alimentarse por sí mismo, lo cual podría ser cierto, pero no abarca completamente el problema de la ingesta insuficiente debido a los síntomas gastrointestinales.

Disposición para mejorar la nutrición: no es aplicable, no refiere intención de mejorar su estado nutricional.

Patrón de alimentación ineficaz: Esto sugiere que el paciente tiene un problema con la forma en que come, pero no aborda directamente el problema de la ingesta insuficiente.

La paciente María es asmática y fumadora desde hace 15 años. Al realizar la Valoración como primera etapa del Proceso de Atención de Enfermería, en la necesidad de respirar normalmente según Virginia Henderson, presenta disnea, cianosis, sonidos respiratorios adventicios, produce esputo con frecuencia y tos inefectiva. ¿Cuál es el dominio alterado de la Taxonomía NANDA que usted debe identificar previo a la construcción del diagnóstico de Enfermería con formato PES?

Respuestas:

- Dominio Seguridad/protección.
- Dominio Confort.
- Dominio Principios vitales.
- Dominio Percepción/cognición.

La paciente María es asmática y fumadora desde hace 15 años. Al realizar la Valoración como primera etapa del Proceso de Atención de Enfermería, en la necesidad de respirar normalmente según Virginia Henderson, presenta disnea, cianosis, sonidos respiratorios adventicios, produce esputo con frecuencia y tos inefectiva. ¿Cuál es el dominio alterado de la Taxonomía NANDA que usted debe identificar previo a la construcción del diagnóstico de Enfermería con formato PES?

Respuestas:

- **Dominio Seguridad/protección.**
- Dominio Confort.
- Dominio Principios vitales.
- Dominio Percepción/cognición.

Para ellos como posible etiqueta diagnóstica en base a la clínica de la paciente planteamos Limpieza ineficaz de la vía aérea, que estaría dentro de la clase **Lesión Física** en el dominio **Seguridad/Protección**.

El **Dominio Confort** se refiere a la sensación de bienestar o alivio mental, físico o social.

El **Dominio Principios Vitales** son los principios subyacentes en la conducta, pensamientos y comportamientos sobre los actos, costumbres o instituciones considerados como ciertos o dotados de un valor intrínseco.

Dominio Percepción/cognición es un sistema de procesamiento de la información humana que incluye la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.

La enfermera de turno realiza la valoración utilizando Dominios NANDA-I a un paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), detectó una alteración en el dominio Seguridad-Protección. De los siguientes, seleccione el diagnóstico que según la NANDA-I pertenece a ese dominio:

Respuestas:

- Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con retención de secreciones manifestado por sonidos respiratorios anormales.
- Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio en la ventilación perfusión manifestado por la disminución en el nivel de CO₂.
- Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos manifestado por cambios en los parámetros fisiológicos.
- Riesgo de disminución del gasto cardíaco relacionado con alteración de la frecuencia y ritmo cardíaco

La enfermera de turno realiza la valoración utilizando Dominios NANDA-I a un paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), detectó una alteración en el dominio Seguridad-Protección. De los siguientes, seleccione el diagnóstico que según la NANDA-I pertenece a ese dominio:

Respuestas:

- **Limpieza ineficaz de las vías aéreas relacionado con retención de secreciones manifestado por sonidos respiratorios anormales.**
- Deterioro del intercambio de gases relacionado con desequilibrio en la ventilación perfusión manifestado por la disminución en el nivel de CO₂.
- Dolor agudo relacionado con agentes lesivos biológicos manifestado por cambios en los parámetros fisiológicos.
- Riesgo de disminución del gasto cardíaco relacionado con alteración de la frecuencia y ritmo cardíaco

Limpieza ineficaz de la vía aérea es el único diagnóstico relación con el dominio Seguridad – Protección.

Deterioro de intercambio de gases corresponde al Dominio Eliminación e Intercambio con clase en función respiratoria.

Dolor agudo se relaciona con el Dominio Confort con clase Confort Físico.

Riesgo de disminución del gasto cardíaco corresponde a Dominio Actividad/Reposo con clase respuestas cardiovasculares/pulmonares.

Para ello evidenciamos la importancia de conocer aspectos claves y relación de los diagnósticos con sus dominios.

Hombre que trabaja en un laboratorio químico, acude al servicio de Emergencia por derrame de líquido corrosivo en sus manos, evidenciándose quemaduras en dermis y epidermis. Seleccione la etiqueta diagnóstica NANDA I prioritaria:

Respuestas:

- Deterioro de la integridad cutánea.
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz.
- Perfusión tisular periférica ineficaz.

Hombre que trabaja en un laboratorio químico, acude al servicio de Emergencia por derrame de líquido corrosivo en sus manos, evidenciándose quemaduras en dermis y epidermis. Seleccione la etiqueta diagnóstica NANDA I prioritaria:

Respuestas:

- **Deterioro de la integridad cutánea.**
- Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz.
- Perfusión tisular periférica ineficaz.

Analizando el caso clínico primero se evidencia que el diagnóstico es real de acuerdo a la manifestación clínica que afecta directamente la **Integridad cutánea** por líquidos corrosivos.

Al ser un diagnóstico real se anula las otras 2 opciones de respuestas como **Riesgos**.

Por último, la perfusión tisular periférica ineficaz se refiere a la disminución de la circulación sanguínea periférica que puede comprometer la salud, relacionado con el planteamiento del caso clínico no ofrece datos en este punto.

Tomando como referencia los diagnósticos de enfermería con estructura NANDA. ¿Cuál es la formulación correcta del diagnóstico con etiqueta "Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos"?

Respuestas:

- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con obstrucción intestinal, ascitis, sepsis, lesión traumática, quemaduras.
- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos, relacionado con cirugía abdominal, manifestado por ascitis.
- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos, relacionado con cirugía abdominal, manifestado por obstrucción intestinal.
- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos, relacionado con lesión traumática, manifestado por la evolución de la fractura de cadera.

Tomando como referencia los diagnósticos de enfermería con estructura NANDA. ¿Cuál es la formulación correcta del diagnóstico con etiqueta "Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos"?

Respuestas:

- **Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos relacionado con obstrucción intestinal, ascitis, sepsis, lesión traumática, quemaduras.**
- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos, relacionado con cirugía abdominal, manifestado por ascitis.
- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos, relacionado con cirugía abdominal, manifestado por obstrucción intestinal.
- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos, relacionado con lesión traumática, manifestado por la evolución de la fractura de cadera.

Basado en la conceptualización explicada anteriormente se menciona que los diagnósticos de riesgos solo emplea como componente el Factor Relacionado o Factor de riesgo, no se presentan manifestaciones clínicas ya que por propio tipo de diagnóstico de **riesgo** no muestra manifestaciones reales. (Antes de que pueda suceder).

Por lo tanto las otras opciones queda anuladas ya que el diagnóstico de riesgo incluye manifestaciones clínicas.

Paciente de 21 años, que ingresa en el Servicio de emergencia por presentar un golpe en la cabeza producto de realizar una instalación eléctrica, siendo atendido por el especialista evidenciando un hematoma a nivel del hipotálamo, a la valoración de enfermería en el turno de la mañana evidenciándose al examen físico presión arterial 120/70 mm Hg; frecuencia cardíaca 82 latidos/min, frecuencia respiratoria 20/min y saturación de oxígeno arterial en 98%, temperatura 36 °C, en el turno de la tarde, presión arterial 110/70 mm Hg; frecuencia cardíaca 80 latidos/min, frecuencia respiratoria 20/min y saturación de oxígeno arterial en 98%, temperatura 38°C, en la exploración complementaria una analítica normal. ¿Cuál es la etiqueta diagnóstica de enfermería que priorizaría en el paciente?

Respuestas:

- Termorregulación ineficaz
- Hipotermia
- Hipertermia
- Riesgo de reacción alérgica.

Paciente de 21 años, que ingresa en el Servicio de emergencia por presentar un golpe en la cabeza producto de realizar una instalación eléctrica, siendo atendido por el especialista evidenciando un hematoma a nivel del hipotálamo, a la valoración de enfermería en el turno de la mañana evidenciándose al examen físico presión arterial 120/70 mm Hg; frecuencia cardíaca 82 latidos/min, frecuencia respiratoria 20/min y saturación de oxígeno arterial en 98%, temperatura 36 °C, en el turno de la tarde, presión arterial 110/70 mm Hg; frecuencia cardíaca 80 latidos/min, frecuencia respiratoria 20/min y saturación de oxígeno arterial en 98%, temperatura 38°C, en la exploración complementaria una analítica normal. ¿Cuál es la etiqueta diagnóstica de enfermería que priorizaría en el paciente?

Respuestas:

-Termorregulación ineficaz

- Hipotermia
- Hipertermia
- Riesgo de reacción alérgica.

Paciente de 41 años, con diagnóstico reciente desde hace 2 meses de demencia senil, con tratamiento, que acude a urgencias por presentar alucinaciones y agitación. Se Ingresa en el servicio de neurocirugía para valoración evidenciándose torpeza progresiva para la marcha, disfunción de esfínteres y desorientación de una semana de evolución. Al interrogatorio con antecedentes personales hipertensión arterial y familiares, , dos hermanos con demencia tipo Alzheimer, además exploración complementaria una analítica normal. ¿Cuál es la etiqueta diagnóstica de enfermería que priorizaría en el paciente?

Respuestas:

- Confusión aguda.
- Confusión crónica.
- Deterioro de la memoria.
- Control de impulsos ineficaz.

Paciente de 41 años, con diagnóstico reciente desde hace 2 meses de demencia senil, con tratamiento, que acude a urgencias por presentar alucinaciones y agitación. Se Ingresa en el servicio de neurocirugía para valoración evidenciándose torpeza progresiva para la marcha, disfunción de esfínteres y desorientación de una semana de evolución. Al interrogatorio con antecedentes personales hipertensión arterial y familiares, dos hermanos con demencia tipo Alzheimer, además exploración complementaria una analítica normal. ¿Cuál es la etiqueta diagnóstica de enfermería que priorizaría en el paciente?

Respuestas:

- Confusión aguda.**
- Confusión crónica.
- Deterioro de la memoria.
- Control de impulsos ineficaz.

Paciente de 50 años, es atendido en emergencia. Al examen físico TA= 130/70 mmHg, FC= 110 X', FR= 36X', TO =38.5 °C, se encuentra intranquilo, presenta dolor torácico pleurítico, disneico, tos con expectoración mucopurulenta que le es difícil eliminar y escalofríos. ¿Cuál es el diagnóstico de enfermería prioritario en este caso?

Respuestas:

- Despeje ineficaz. de las vías respiratorias R/C mucosidad M/P disnea y taquipnea.
- Riesgo de intolerancia a la actividad R/C desequilibrio entre el aporte y demanda de O₂.
- Temor R/C entorno desconocido M/P intranquilidad
- Hipertermia R/C enfermedad M/P taquicardia.

Paciente de 50 años, es atendido en emergencia. Al examen físico TA= 130/70 mmHg, FC= 110 X', FR= 36X', TO =38.5 °C, se encuentra intranquilo, presenta dolor torácico pleurítico, disneico, tos con expectoración mucopurulenta que le es difícil eliminar y escalofríos. ¿Cuál es el diagnóstico de enfermería prioritario en este caso?

Respuestas:

- Despeje ineficaz. de las vías respiratorias R/C mucosidad M/P disnea y taquipnea.**
- Riesgo de intolerancia a la actividad R/C desequilibrio entre el aporte y demanda de O₂.
- Temor R/C entorno desconocido M/P intranquilidad
- Hipertermia R/C enfermedad M/P taquicardia.

La **bioseguridad** es el conjunto de medidas preventivas destinadas a mantener el control de factores de riesgo y con el fin de reducir o eliminar los peligros para la salud del personal, la comunidad y el medio ambiente”

Doctrina de comportamiento encaminada a lograr actitudes y conductas que **disminuyan** el riesgo del trabajador de la salud de adquirir **infecciones** en el medio laboral mediante métodos que permitan controlar y minimizar el riesgo biológico, aunque éste nunca se pueda eliminar completamente infecciosos y genéticamente modificados.

Principios de Bioseguridad

Universalidad

Medidas que deben involucrar a todos los pacientes de todos los establecimientos de salud. Todo el personal debe cumplir las precauciones estándares de manera rutinaria para prevenir la exposición que pueda dar origen a enfermedades y (o) accidentes.

Uso de barreras

Comprende el concepto de evitar la exposición directa a sangre y a otros fluidos orgánicos potencialmente contaminantes mediante la utilización de materiales adecuados que se interpongan al contacto de los mismos.

Medidas de eliminación de material contaminado

Es el conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados, a través de los cuales los materiales utilizados en la atención a pacientes son depositados y eliminados sin riesgo.

Precauciones estándar

Tienen por objeto reducir el riesgo de transmisión de agentes patógenos transmitidos por la sangre y otros tipos de agentes patógenos de fuentes tanto reconocidas como no reconocidas.

Las precauciones estándar se aplican a la sangre y a "todos los fluidos biológicos, secreciones y excreciones, excepto el sudor, e independientemente si contienen sangre visible o no" (23); piel no intacta y membranas mucosas.



Precauciones estándar Higiene de manos

Término genérico referido a cualquier medida adoptada para la limpieza de las manos” ya sea por fricción con un preparado de base alcohólica o lavado con agua y jabón, “con el objetivo de reducir o inhibir el crecimiento de microorganismos en las manos.”



Higiene de manos

Tipos	Clasificación	Objetivo	Producto
Fricción antiséptica con un preparado de base de alcohol (PBA)	Fricción Antiséptica	Reducir flora residente y eliminar la flora transitoria presente en la piel	Preparado de base alcohólica, etílico o isopropílico 63 al 70%
	Fricción Antiséptica pre quirúrgica	Prevenir la contaminación del sitio quirúrgico por microorganismos presentes en las manos del equipo quirúrgico	Soluciones de Gluconato de clorhexidina al 1% y alcohol etílico al 61%
Lavado con agua y jabón	Lavado social o lavado de manos con jabón no antiséptico	Remover la flora transitoria y la suciedad moderada de las manos. No tiene acción sobre la flora residente.	Jabón sin antiséptico
	Lavado antiséptico	Eliminar en forma significativa tanto la flora transitoria como la residente presente en las manos.	Jabón antiséptico
	Lavado quirúrgico	Prevenir la contaminación del sitio quirúrgico por microorganismos presentes en las manos del equipo quirúrgico	Jabón Antiséptico Soluciones de clorhexidina al 4% o Gluconato de clorhexidina al 1% y alcohol etílico al 61%,

Precauciones estándar Higiene de manos

1 Duración de todo el procedimiento: *Quilómetros*

1



Deposita en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir todas las superficies.

2



3



Frótense las palmas de las manos entre sí.

4



Frótense la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.

5



Frótense las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.

6



Frótense el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano izquierda, agarrándose los dedos.

7



Frótense con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.

8



Frótense la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.

9



Una vez secas, las manos son seguras.

1 Duración de todo el procedimiento: *Quilómetros*

1



Higiene las manos con agua.

2



Deposita en la palma de la mano una cantidad de agua suficiente para cubrir todas las superficies de las manos.

3



Frótense las palmas de las manos entre sí.

4



Frótense la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.

5



Frótense las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.

6



Frótense el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano izquierda, agarrándose los dedos.

7



Frótense con un movimiento de rotación el pulgar izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa.

8



Frótense la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.

9



Enjuague las manos con agua.

10



Sejueque con una toalla desechable.

11



Enjuaga de la toalla hacia dentro al pecho.

12



Las manos son seguras.

Bioseguridad



Técnica de antisepsia prequirúrgica con preparados de base alcohólica

Precauciones estándar

Higiene de manos – 5 momentos

Los cinco momentos para la higiene de las manos, se propone como modelo de referencia para la apropiada realización, enseñanza y evaluación de la higiene de las manos, siendo una herramienta para identificar los momentos en los que debe realizarse dicha higiene, así como para distinguir aquellos en los que no resulta útil.

Precauciones estándar Higiene de manos – 5 momentos



Momento 1: Antes del contacto directo con el paciente

Esta indicación viene determinada al producirse el último contacto con el área de asistencia y previa al siguiente contacto con el paciente para prevenir la transmisión de gérmenes desde el área de asistencia al paciente y en última instancia proteger al paciente de la colonización y, en algunos casos, de las infecciones exógenas

por parte de gérmenes nocivos transmitidos por las manos de los profesionales sanitarios

Ejemplos:

Antes de estrecharle la mano a un paciente o acariciar la frente de un niño;

Antes de ayudar a un paciente en actividades de cuidado personal: moverse, darse un baño, comer, vestirse, etcétera;

Antes de prestar asistencia u otro tratamiento no invasivo: colocar una máscara de oxígeno o realizar fisioterapia;

Antes de realizar una exploración física no invasiva: tomar el pulso, la presión sanguínea, auscultar el pecho o realizar un electrocardiograma.

Momento 2: Antes de realizar una tarea limpia o aséptica

Esta indicación viene determinada al producirse el último contacto con cualquier superficie del área de asistencia y de la zona del paciente (incluyendo al paciente y su entorno), y previo a cualquier procedimiento que entrañe contacto directo o indirecto con las membranas mucosas, la piel no intacta o un dispositivo médico

Ejemplos:

Antes de cepillar los dientes al paciente, de poner gotas en los ojos, de realizar un tacto vaginal o rectal, examinar la boca, la nariz o el oído con o sin instrumental, realizar una succión de la mucosa;

Antes de vendar una herida con o sin instrumental, de aplicar pomada en una vesícula o realizar una inyección o punción percutánea;

Antes de introducir un dispositivo médico invasivo (cánula nasal, sonda nasogástrica, etc.), de detener / abrir cualquier circuito de un dispositivo médico invasivo (con fines de alimentación, medicación);

Antes de preparar comida, medicamentos, productos farmacéuticos o material estéril.

Momento 3: Después de exposición a fluidos corporales

Esta indicación viene determinada al producirse contacto con la sangre u otros fluidos corporales (aunque éste sea mínimo y no se vea con claridad) y previa al siguiente contacto con cualquier superficie, incluyendo al paciente, su entorno o el área de asistencia sanitaria. para proteger al profesional sanitario de la colonización o infección por los gérmenes del paciente y para proteger el entorno sanitario de la contaminación y de la subsiguiente propagación potencial.

Ejemplos:

Cuando termina el contacto con una membrana mucosa y / o piel no intacta.
Después de una punción o inyección percutánea; después de introducir un dispositivo médico invasivo; después de detener y abrir un circuito invasivo;
Después de retirar un dispositivo médico invasivo;
Después de retirar cualquier dispositivo médico no invasivo, (gasa)
Después de manipular una muestra orgánica; después de limpiar excreciones y cualquier otro fluido corporal; después de limpiar cualquier superficie contaminada y material sucio (ropa de cama manchada).

Momento 4: Después del contacto con el paciente

Esta indicación viene determinada al producirse el último contacto con la piel intacta, la ropa del paciente o una superficie de su entorno (después del contacto con el paciente) y previo al siguiente contacto con una superficie en el área de asistencia sanitaria.

Ejemplos:

Después de estrecharle la mano a un paciente o acariciar la frente de un niño;

Después de ayudar a un paciente en las actividades de cuidado personal: moverse, darse un baño, comer, vestirse, etcétera;

Después de realizar una exploración física no invasiva: tomar el pulso, la presión sanguínea, auscultar el pecho o realizar un electrocardiograma;

Después de prestada la asistencia y otros tratamientos no invasivos: cambiar la ropa de la cama en la que se encuentra el paciente, colocar una máscara de oxígeno o realizar fisioterapia.

Momento 5: Después del contacto con el entorno del paciente

Esta indicación viene al producirse el último contacto con las superficies y los objetos inertes en el entorno del paciente (sin haber tocado a éste) y previo al siguiente contacto con una superficie en el área de asistencia.

Ejemplos:

Después de una actividad de mantenimiento: cambiar la ropa de cama sin que el paciente esté en ella, agarrar la barandilla de la cama o limpiar la mesita de noche;

Después de una actividad asistencial: ajustar la velocidad de la perfusión o apagar una alarma de monitorización;

Después de otros contactos con superficies u objetos inanimados (lo ideal sería que se evitaran): apoyarse en una cama o en una mesita de noche.

Precaución 2. Equipo de protección personal (EPP)

“Se refiere a una serie de barreras que se utilizan solas o combinadas para proteger las membranas mucosas, las vías respiratorias, la piel y la ropa del contacto con agentes infecciosos. La selección de los equipo de protección personal se basa en la naturaleza de la interacción entre el paciente y/o el modo probable de transmisión”

- Bata
- Guantes
- Mascarilla (protector pulmonar)
 - Gafas (protector facial)
 - Gorro (protector del cabello)
- Zapatones o zapatos adecuados (protector de los pies)

Precaución 2. Equipo de protección personal (EPP)

Secuencia para ponerse los EPP

- **Bata:** Cubra con la bata todo el torso desde el cuello hasta las rodillas, los brazos hasta la muñeca y dóblela alrededor de la espalda. Átesela por detrás a la altura del cuello y la cintura.
- **Mascarilla quirúrgica o respirador de partículas:** Asegúrese los cordones o la banda elástica en la mitad de la cabeza y en el cuello. Ajustese la banda flexible en el puente de la nariz. Acomódesela en la cara por debajo del mentón. Verifique el ajuste del respirador.
- **Protección de ojos/protección facial:** Colóquesela sobre la cara y los ojos y ajústela.
- **Guantes:** Extienda los guantes para que cubran la parte del puño en la bata de aislamiento.

Precaución 2. Equipo de protección personal (EPP)

Secuencia para la retirada del EPP

1. Retirar los guantes sin tocar la parte exterior y desecharlos de forma segura.
2. Retirar el protector facial o las gafas SIN tocar la parte frontal.
 3. Bata, sin tocar la parte exterior
4. Retirar la mascarilla o respirador SIN tocar la parte frontal.
 5. Realizar la higiene de las manos

Precaución 3. Uso de Guantes

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), los guantes médicos se definen como insumos desechables utilizados durante los procedimientos, e incluyen:

- **Guantes de manejo** (estériles o no estériles) para procedimientos del personal de salud.
- **Guantes quirúrgicos estériles** que tienen características específicas de grosor, elasticidad y resistencia.
- **Guantes para quimioterapia.**

Precaución 3. Uso de Guantes

Una vez colocado los guantes, no tocar superficies ni áreas corporales que no estén libre de desinfección.

- Los guantes deben cambiarse entre cada práctica, puesto que una vez utilizado, se convierten en fuente de contaminación externa y ambiental.

-El utilizar doble guante es una medida eficaz en la prevención del contacto de las manos con el contacto con sangre y fluidos de precaución universal. Aunque no evita la inoculación por pinchazos o laceración, disminuye el riesgo de infección ocupacional en un 25%.

- Al presentarse pinchazo o ruptura en los guantes, estos deben ser cambiados.

Precaución 3. Uso de Guantes

- Es importante que los guantes sean de la talla adecuada, dado que el uso de guantes estrechos o flojos favorecen la ruptura y accidentes laborales.
- Deben cambiarse antes de realizar otra actividad en el laboratorio.
- Si va a manipular sustancias químicas, usted debe verificar si su guante es el adecuado. Cuando se trabaja con materiales extremadamente corrosivos (por ejemplo, ácido fluorhídrico), se debe llevar guantes gruesos y tener máximo cuidado y revisarlos que no tengan agujeros, pinchazos y rasgaduras.

Precaución 4. Dispositivos de protección respiratoria

Los equipos de protección individual de las vías respiratorias son aquellos que tratan de impedir que el contaminante penetre en el organismo a través de esta vía.



Figura (1)



Figura (2)



Figura (3)

Precaución 5. Uso de protección ocular

“Es obligatorio cuando se realizan procedimientos que generen salpicaduras, esquirlas, gotas o aerosoles, con el fin de proteger los ojos y la piel del rostro, de infecciones en los ojos ocasionadas por la carga microbiana potencialmente patógena que éstos contienen y también de los posibles traumas que puedan producir.”



- Debe ser de bajo peso.
- Debe resistir adecuadamente al impacto.
- Debe ser graduable al tamaño de la cabeza.
- Debe tener neutralidad óptica.

Precaución 6. Uso de gorro

"El cabello facilita la retención y posterior dispersión de microorganismos que flotan en el aire de los establecimientos de salud (estafilococos, corinebacterias), por lo que se considera como fuente de infección y vehículo de transmisión de microorganismo. Por lo tanto antes de la colocación del vestido de cirugía, se indica el uso del gorro."



- No debería ser de tela sino desechable.
- Debe cubrir toda la cabeza y permitir recoger todo el cabello dentro del gorro, como un gorro de baño.
- Debe ser cambiado diariamente y descartado después de su uso en residuos con riesgo biológico.

Precaución 7. Uso de protección corporal (bata)

"Permite establecer una barrera mecánica entre la persona que lo usa y el paciente. Deben reunir las condiciones indemnes que impidan el traspaso de microorganismos."



Las batas deberán ser preferiblemente largas e impermeables. Están indicadas en todo procedimiento donde haya exposición a líquidos o fluidos corporales como drenaje de abscesos, atención de heridas, partos y punción de cavidades entre otros.

Las batas deberán cambiarse de inmediato cuando haya contaminación visible con fluidos corporales durante el procedimiento y una vez concluida la intervención.

Precaución 8. Higiene respiratoria

"Cubrirse la nariz y la boca al toser/estornudar con un pañuelo descartable o mascarilla, eliminar los pañuelos descartables y mascarillas usados y realizar higiene de las manos después del contacto con secreciones respiratorias."

-El **propósito** de la higiene respiratoria es implementar medidas de prevención y control de infecciones respiratorias transmisibles, desde el ingreso a la institución del personal que tengan síntomas respiratorios como tos, rinorrea, congestión o secreciones respiratorias. La educación al personal y al grupo foco de este componente estará orientada a enseñar a toser, estornudar con protección de boca y nariz, fortalecer el lavado de manos, uso de mascarilla por el paciente sintomático y la ubicación de este grupo de personas alejados de los demás.

Precaución 8. Higiene respiratoria

Al toser, cúbrase la boca

1.



Evite su boca y nariz al toser y
cámbiese sus **PAÑUELOS DE PAPI**
y **PAÑOS** y la **SABANA**.

2.



Si no tiene pañuelo de papel, tose y
cámbiese **TOQUE LA MANO DE OTRA**
CAMISA para no contaminar las manos.

3.



EVITE tocarlo con las manos en:
LOS NASOS y **OJOS**.

Lávese las manos frecuentemente

4.



LÁVASE las manos **FRECUENTEMENTE**
por cada interacción 15-20 segundos
y usar solo jabónes de toser
y estornudar.

5.



NO COMPARTA o bébala, personas
los de toser o
cambie toser...
¡

6.



VENTILA HABIENDO
la casa diariamente o
abriendo ventanas.

7.



LIMPIE LAS SUPERFICIES Y OBJETOS
de uso común con los productos de limpieza
adecuados (alcohol, lejía, cloro, etc.)
antes de tocarlos.

Precaución 9. Limpieza en establecimientos de salud

Realice los procedimientos adecuados para la limpieza diaria y desinfección de superficies del entorno y otras superficies que se tocan con frecuencia.

La limpieza debe ser un paso previo a la desinfección ya que, con este proceso, además de eliminar muchas sustancias que pueden servir como nutrientes para los microorganismos, se eliminan sustancias que pueden impedir que las soluciones desinfectantes actúen eficientemente.

Limpieza y Desinfección

Los profesionales de enfermería y otros trabajadores de la salud desempeñan un papel clave para reducir la propagación de la enfermedad, minimizar las complicaciones y disminuir los resultados adversos para sus pacientes.

Limpieza: Proceso de separación, por medios mecánicos y/o físicos, de la suciedad depositada en las superficies inertes, que constituyen un soporte físico y nutritivo del microorganismo en el que el mismo puede desarrollarse con capacidades reproductivas.

Desinfección: elimina de forma específica las bacterias y virus de superficies u objetos mediante el uso de productos químicos, en objetos inanimados aplicado sustancia desinfectantes.

Antisepsia

Básicamente el proceso de antisepsia es el mismo que el de desinfección, la gran diferencia entre ambos conceptos deriva de la superficie sobre la que se aplica. En la desinfección, el desinfectante a utilizar se distribuye sobre zonas u objetos inanimados, mientras que en la antisepsia se aplica sobre superficies animadas (como, por ejemplo, la piel de una persona).

Métodos físicos	Pasteurización: agua a 77°C durante 30 minutos. Destruye microorganismos pero no esporas bacterianas.
	Hervido: agua a 100°C o más, durante 5 a 20 minutos, en un recipiente cerrado. Secado con toalla estéril o aire.
	Desinfectadores de agua o chorro de agua: temperaturas superiores a 90°C. Limpieza de útiles del paciente (cuñas, botellas, etc).
	Radiación ultravioleta: inactiva microorganismos al desnaturalizar los ácidos nucleicos.
Métodos químicos	Antisépticos: consiste en aplicar sustancias químicas en los tejidos vivos (piel o mucosas), para eliminar los microorganismos patógenos y/o inactivar virus. Existe gran diversidad.

La técnica de **limpieza y desinfección** recomendada incluye el empleo de los siguientes principios:

- **De arriba hacia abajo:** iniciando por techos, luego paredes y puertas; y por último suelos.

- **De adentro hacia fuera** iniciando por el lado opuesto a la entrada.

Iniciar de lo más limpio y terminar en lo más contaminado, evitando así la proliferación de microorganismos.

- Las superficies deben quedar lo más secas posibles. La humedad favorece la multiplicación de los gérmenes

- Al cambiar de labor, es necesario lavar muy bien los guantes y desinfectarlos o desecharlos si es necesario

- Retirar elementos y/o residuos hospitalarios según las normas de bioseguridad y manejo de los mismos.

La limpieza y desinfección de la unidad del paciente se divide en dos tipos:

Concurrente/Rutinaria/Diaria

Se realiza en forma diaria

Terminal

Se realizará al egreso del paciente, en forma minuciosa (por ejemplo: colchón, incubadoras, cunas, accesorios del paciente y mobiliario).



Clasificación de las áreas de limpieza

Crítica

- Quirófanos
- Laboratorio
- Banco de sangre
- Hospitalización
- Urgencias
- Cuidados críticos
- **Albergues y sala de internaciones con pacientes COVID-19 positivo**

Semicrítica

- Salas de internados de pacientes sin infecciones.
- Áreas comunes.
- Enfermerías.
- **Consultorios ambulatorios.**
- Baños.
- Ascensores.
- Pasillos.
- Vestidores.
- Estar médico.

No crítica

- Oficinas gerenciales.
- Áreas dentro de los establecimientos de salud no ocupados por pacientes y donde no se realizan procedimientos generadores de aerosoles.
- Oficinas administrativas.

Limpeza y Desinfección Concurrente

Limpeza y desinfección de objetos en contacto directo o indirecto con el paciente, estando el paciente presente, de rutina prestablecida, inmediatamente si existen fluidos corporales del paciente.

El aseo concurrente incluye limpeza del velador, mesa, silla, piso, cama y soportes de suero.

En quirófano, antes de cada intervención quirúrgica, al término de cada intervención quirúrgica y después de todas intervenciones quirúrgicas del día

Limpieza y Desinfección Terminal

Se realizara inmediatamente después del alta, traslado o defunción del paciente; teniendo en cuenta los principios básicos de la limpieza.

En las áreas críticas: UCI adulto y pediátrico, neonatología, áreas de aislamiento, debería **hacerse 1 vez por semana**.

La desinfección terminal incluye una limpieza y desinfección minuciosa de todos los elementos y planta física de la habitación o unidad del paciente y clínica de enfermería.

Limpieza de fluidos derramados

Si en alguna de estas áreas se presenta un derrame de fluidos corporales, la limpieza y desinfección debe ser de alto nivel.

La desinfección terminal incluye una limpieza y desinfección minuciosa de todos los elementos y planta física de la habitación o unidad del paciente y clínica de enfermería.

Precaución 10. Ropa blanca

Dentro de la categoría de ropa sucia se considera a las sábanas, batas, fundas, toallas, etc., que hayan estado en contacto con pacientes, estén visiblemente manchadas o no.

Consideraciones:

- La ropa limpia y la ropa sucia debe ser siempre clasificada y manipulada separadamente.
- La ropa limpia que llegue a la unidad debe estar cubierta, para evitar la contaminación antes de su uso.
- Toda la ropa usada por cualquier paciente debe ser manipulada como si estuviera potencialmente contaminada.
- Toda la ropa sucia debe ser embolsada en el lugar en que se usó, y en ningún momento debe ser depositada sobre el carro de curaciones, mesa o piso, antes de ser colocada en la bolsa adecuada.

Precaución 10. Ropa blanca

En cuanto a sábanas y ropa sucia se debe:

Extraer toda la materia fecal posible y tirarla en el inodoro.

Quitarse los guantes descartables, en forma invertida, cerrarlos y desecharlos en el cesto de residuos infecciosos de la habitación (bolsa roja).

En caso de que el paciente utilice pañales descartables colocarlos en bolsa roja, cerrada y desecharla en el cesto de residuos infecciosos de la habitación.

La ropa sucia debe ser removida diariamente de las unidades de enfermería, en bolsas cerradas.

Precaución 11. Eliminación de desechos sanitarios

“Los desechos sanitarios son aquellos generados en todos los establecimientos de atención de salud humana, animal y otros sujetos a control sanitario, cuya actividad los genere.”

- Área de emergencias
- Área de gineco-obstetricia
- Neonatología
- Área quirúrgica.
- Áreas de hospitalización
- Área de odontología
- Área de laboratorio clínico
- Área de la morgue
- Área de patología

Normas Generales

Está prohibido fumar en todos los ambientes de los establecimientos de salud.

Mantenga el lugar de trabajo en óptimas condiciones.

No guarde alimentos en las neveras ni en los equipos de refrigeración de sustancias contaminadas o químicos.

Maneje todo paciente como potencialmente infectado. Las precauciones estándar deben aplicarse con todos los pacientes, independientemente del diagnóstico, por lo que se hace innecesaria la clasificación específica de sangre y otros líquidos corporales.

Lávese cuidadosamente las manos antes y después de cada procedimiento e igualmente si se tiene contacto con material patógeno.

Utilice guantes limpios en procedimientos que conlleven manipulación de elementos biológicos/o cuando maneje instrumental o equipo contaminado en la atención del paciente.

Utilice un par de guantes por paciente

Evite la atención directa de pacientes si usted presenta lesiones exudativas o dermatitis serosa.

Normas Generales

Emplee mascarillas y gafas protectoras durante procedimientos que puedan generar salpicaduras o gólicas - aerosoles de sangre u otros líquidos corporales.

Use batas o cubiertas plásticas en procedimientos en que se esperen salpicaduras de sangre u otros líquidos

Mantenga sus elementos de protección personal en óptimas condiciones de aseo, en un lugar seguro y de fácil acceso.

Mantenga actualizado su esquema de vacunación contra hepatitis (HB), influenza, difteria, tétanos

Utilice técnicas correctas en la realización de todo procedimiento.

Maneje con estricta precaución elementos cortopunzantes.

Manipule, transporte y envíe las muestras disponiéndolas en recipientes seguros, con tapa y rotuladas.

Restrinja el ingreso a las áreas de alto riesgo.

Normas Generales

Todos los trabajadores asistenciales del sector salud están obligados a vestir correctamente la ropa de trabajo durante la jornada laboral, de acuerdo a las especificaciones técnicas del establecimiento de salud.

El uso correcto de la ropa de trabajo, obliga al trabajador asistencial a vestirlo en forma completa y no parcial.

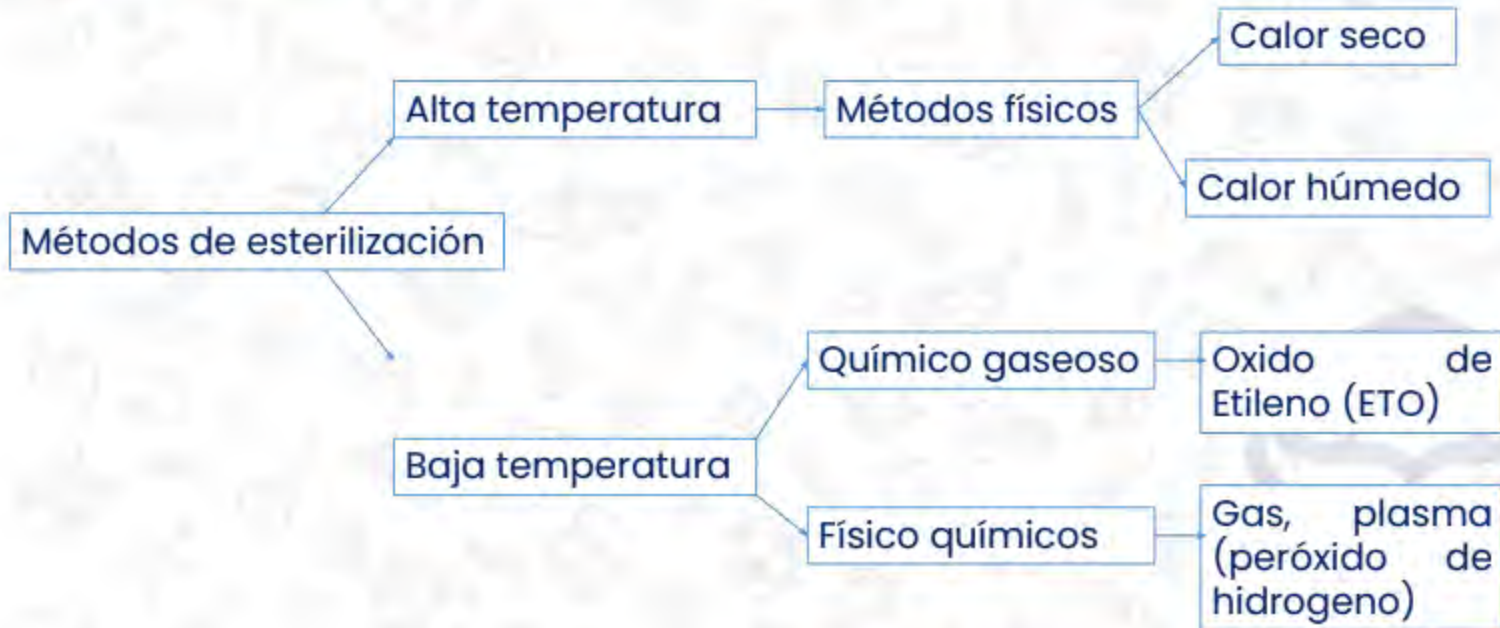
El trabajador asistencial deberá hacer buen uso, mantener en condiciones de bioseguridad y conservar adecuadamente su ropa de trabajo.

La ropa de trabajo deberá ser utilizada exclusivamente dentro del establecimiento de salud donde se encuentren laborando, de acuerdo al área de trabajo y grupo ocupacional.

La ropa de trabajo al término de la jornada deberá ser guardada en casilleros personales o espacios designados para tal fin.

Los trabajadores que por razones del cargo asistan a eventos oficiales o comisión de servicio fuera de la sede de trabajo, deberán usar un vestuario distinto a la ropa de trabajo.

Métodos de esterilización



Calor seco

La esterilización por calor seco produce la destrucción de los microorganismos por oxidación de sus componentes celulares. Éste es un proceso menos eficiente que la esterilización por calor húmedo, porque los microorganismos mueren con mayor rapidez cuando se encuentran en presencia de agua, ya que éste permite que se altere con mayor facilidad la configuración de sus proteínas.

Horno de aire caliente, incinerador, flameado

Instrumentos cortantes y de acero inoxidable (tijeras y pinzas).
Agujas, jeringas de cristal, tubos, pipetas de vidrio.
Líquidos y sustancias liposolubles e hidrofugas como aceites y siliconas.
Parafina, vaselina, cremas y polvos de taco.

Se usa a 170 °C en 60 min o a 150 °C por 150 min – Acción coagulación de las proteínas de los microorganismos.

Calor húmedo

La esterilización a vapor es el procedimiento de esterilización más común (excepto para los materiales que no pueden resistir el calor y la humedad), y al equipo que se utiliza se le denomina autoclave por desplazamiento gravitacional o pre-vacío.

Acción por desnaturalización de las proteínas, tiene la ventaja de producir una elevación de temperatura en forma rápido en cortos tiempos de esterilización y no dejar residuos tóxicos en el material.

Instrumental de vidrio, acero inoxidable, campos de tela, material de látex, material textil.

Ebullición 100°C POR 10 A 30 minutos.

Oxido de etileno

Es un liquido inflamable que cuando se mezcla con un gas inerte, produce la esterilización eficaz por destrucción del DNA y de la estructura proteica de los MO. Se usa para esterilizar artículos que no soportan tan altas temperaturas, presión alta, ni humedad. **Toxico**

La temperatura de funcionamiento es de 29,4 °C y 37,7°C, durante un ciclo frio y de 54,5°C a 62,7°C en ciclo caliente.

Uso: 4 hs a 58° C con 40% de humedad. Si se utiliza a temperatura ambiente debe actuar 12 hs.

Los artículos esterilizados con OE deben airearse para disipar todo el gas residual remanente

-Plástico, Instrumental, Elementos eléctricos, Acero inoxidable, Instrumental de laparoscopia

Gas-Plasma de Peróxido de hidrogeno

Proceso de esterilización a baja temperatura que consiste en la difusión de peróxido de hidrógeno en fase plasma (estado entre líquido y gas), que ejerce la acción germicida.(50°C) El peróxido de hidrógeno no deja ningún residuo tóxico. Se convierte en agua y oxígeno al final del proceso. **No es toxico, mas caro.**
El ciclo de esterilización dura aprox. 55 minutos

No se pueden esterilizar objetos que contengan celulosa, algodón, líquidos, humedad, madera o instrumental con lúmenes largos y estrechos.

Materiales plásticos, Goma, PVC, Acero inoxidable, Elementos eléctricos, Instrumental.

NIVELES DE ATENCION



Son medidas que involucran a todos los pacientes, trabajadores y profesionales de todos los servicios, independientemente de conocer o no su serología. ¿A qué principio básico de Bioseguridad se refiere este enunciado?

Respuestas:

- Universalidad.
- Uso de barreras.
- Medios de eliminación de material contaminado.
- Equipos de seguridad.

Son medidas que involucran a todos los pacientes, trabajadores y profesionales de todos los servicios, independientemente de conocer o no su serología. ¿A qué principio básico de Bioseguridad se refiere este enunciado?

Respuestas:

- **Universalidad.**
- Uso de barreras.
- Medios de eliminación de material contaminado.
- Equipos de seguridad.

Seleccione los principios básicos de bioseguridad:

Respuestas:

- Universalidad, uso de barreras, medios de eliminación de material contaminado.
- Prácticas adecuadas en el trabajo, universalidad, eliminación de desechos.
- Equipo de seguridad, uso de barreras, medios de eliminación de material contaminado.
- Uso de barreras, prácticas adecuadas en el trabajo, universalidad.

Seleccione los principios básicos de bioseguridad:

Respuestas:

- **Universalidad, uso de barreras, medios de eliminación de material contaminado.**
- Prácticas adecuadas en el trabajo, universalidad, eliminación de desechos.
- Equipo de seguridad, uso de barreras, medios de eliminación de material contaminado.
- Uso de barreras, prácticas adecuadas en el trabajo, universalidad.

Seleccione los enunciados que hacen referencia al principio de universalidad de la bioseguridad:

- 1 Evitar la exposición directa a la sangre.
- 2 Se debe involucrar a todos los pacientes.
- 3 Incluir a todas las instituciones de salud.
- 4 Todos los materiales utilizados son depositados y eliminados sin riesgo.
- 5 Todo el personal debe cumplir precauciones estándares.
- 6 Utilizar materiales adecuados para manejo de fluidos orgánicos.

Respuestas:

- 2, 3, 5
- 1, 4, 6
- 2, 3, 6
- 1, 4, 5

Seleccione los enunciados que hacen referencia al principio de universalidad de la bioseguridad:

- 1 Evitar la exposición directa a la sangre.
- 2 Se debe involucrar a todos los pacientes.
- 3 Incluir a todas las instituciones de salud.
- 4 Todos los materiales utilizados son depositados y eliminados sin riesgo.
- 5 Todo el personal debe cumplir precauciones estándares.
- 6 Utilizar materiales adecuados para manejo de fluidos orgánicos.

Respuestas:

- **2, 3, 5**
- 1, 4, 6
- 2, 3, 6
- 1, 4, 5

¿Cuál es el método de esterilización que utiliza una autoclave?

Respuestas:

- Calor húmedo.
- Radiación.
- Gas.
- Óxido de etileno.

¿Cuál es el método de esterilización que utiliza una autoclave?

Respuestas:

- **Calor húmedo.**
- Radiación.
- Gas.
- Óxido de etileno.

Paciente femenina de 30 años, trabajadora de laboratorio, sin antecedentes clínicos significativos. Presenta fiebre, dolor de cabeza y malestar general desde hace dos días. Al ingresar a la consulta, se le realiza un examen físico y se envían muestras para análisis de laboratorio. Se sospecha que puede haber estado expuesta a un agente biológico debido a un incidente reciente en su lugar de trabajo, donde se rompió una ampolla que contenía un cultivo bacteriano. El profesional en salud revisa los protocolos de bioseguridad del laboratorio y se enfoca en los principios de bioseguridad para manejar la situación. ¿Cuál de los siguientes principios de bioseguridad es fundamental para manejar este caso?

Respuestas

- A. Uso de equipo de protección personal (EPP) adecuado
- B. Descontaminación regular de todas las superficies del laboratorio
- C. Realización de simulacros de emergencia periódicos

Paciente femenina de 30 años, trabajadora de laboratorio, sin antecedentes clínicos significativos. Presenta fiebre, dolor de cabeza y malestar general desde hace dos días. Al ingresar a la consulta, se le realiza un examen físico y se envían muestras para análisis de laboratorio. Se sospecha que puede haber estado expuesta a un agente biológico debido a un incidente reciente en su lugar de trabajo, donde se rompió una ampolla que contenía un cultivo bacteriano. El profesional en salud revisa los protocolos de bioseguridad del laboratorio y se enfoca en los principios de bioseguridad para manejar la situación. ¿Cuál de los siguientes principios de bioseguridad es fundamental para manejar este caso?

Respuestas

A. Uso de equipo de protección personal (EPP) adecuado

B. Descontaminación regular de todas las superficies del laboratorio

C. Realización de simulacros de emergencia periódicos

En este caso, el uso de EPP adecuado es fundamental para proteger al personal de salud y a otros trabajadores de laboratorio de la posible exposición al agente biológico. Dado el incidente con la ampolla rota y la sospecha de exposición, es crucial que el personal utilice guantes, mascarillas, batas y protección ocular para minimizar el riesgo de infección y propagación del agente. Este principio de bioseguridad es esencial para manejar situaciones de exposición a agentes biológicos y garantizar la seguridad de todos los involucrados.

Paciente masculino de 60 años, con diabetes tipo 2 y antecedentes de infecciones recurrentes en la piel, se presenta en la consulta con una úlcera en el pie que no cicatriza. Al ingresar a la consulta, se le realiza una revisión clínica y se toman muestras de la úlcera para cultivo. El profesional en salud sospecha una infección bacteriana y decide que el tratamiento incluirá la limpieza y desinfección del área afectada. Además, se debe preparar el instrumental necesario para realizar una intervención menor en un ambiente estéril. ¿Cuál es el método de esterilización más adecuado para el instrumental a utilizar en la intervención menor?

Respuestas

- A. Esterilización por autoclave (vapor a alta presión)
- B. Esterilización por radiación ultravioleta (UV)
- C. Esterilización por inmersión en alcohol isopropílico

Paciente masculino de 60 años, con diabetes tipo 2 y antecedentes de infecciones recurrentes en la piel, se presenta en la consulta con una úlcera en el pie que no cicatriza. Al ingresar a la consulta, se le realiza una revisión clínica y se toman muestras de la úlcera para cultivo. El profesional en salud sospecha una infección bacteriana y decide que el tratamiento incluirá la limpieza y desinfección del área afectada. Además, se debe preparar el instrumental necesario para realizar una intervención menor en un ambiente estéril. ¿Cuál es el método de esterilización más adecuado para el instrumental a utilizar en la intervención menor?

Respuestas

A. Esterilización por autoclave (vapor a alta presión)

B. Esterilización por radiación ultravioleta (UV)

C. Esterilización por inmersión en alcohol isopropílico

El autoclave es el método más efectivo para esterilizar instrumental médico, especialmente en intervenciones que requieren un ambiente estéril como la realización de procedimientos quirúrgicos menores. Utiliza vapor a alta presión y temperatura para eliminar microorganismos, incluyendo bacterias resistentes y esporas.

Este método asegura que el instrumental esté completamente estéril y seguro para su uso en procedimientos médicos, cumpliendo con los estándares de bioseguridad y prevención de infecciones.



Asepsia y Antisepsia

En el ámbito profesional, los principios de asepsia y antisepsia son fundamentales para prevenir infecciones nosocomiales. Estas prácticas garantizan la seguridad del paciente y del personal de salud. Es crucial entender su importancia y aplicarlas correctamente en el entorno clínico.



Asepsia

Se refiere a la ausencia de microorganismos que causan enfermedades. En el ámbito profesional, se busca mantener un ambiente libre de agentes infecciosos para prevenir contagios. Esto se logra mediante la esterilización de equipos y la higiene adecuada.

Antisepsia

Se refiere a la aplicación de sustancias antimicrobianas en tejidos vivos para prevenir infecciones. En el ámbito profesional, se utilizan antisépticos para desinfectar la piel y mucosas, reduciendo la carga bacteriana y evitando infecciones.

Asepsia

Prevenir la contaminación por microorganismos en ambientes clínicos.

Asepsia Medica

Este tipo de asepsia está dirigida a eliminar los patógenos que puedan causar infecciones una vez que han sido eliminados del paciente, y que está relacionada con métodos de aislamiento.

Acciones:

- Aplicación de soluciones hidroalcohólicas y lavado de manos antes y después de entrar en contacto con el paciente
- Utilización de guantes desechables y mascarilla para examinar al paciente
- Uso de una indumentaria adecuada, que por lo general suele ser una bata o pijama
- Los residuos como gasas deben ser desechados en un contenedor especialmente habilitado para ello

Asepsia

Asepsia Quirúrgica

La asepsia quirúrgica tiene como objetivo evitar la entrada de patógenos durante los procedimientos invasivos, que está más relacionada con la esterilidad.

Acciones:

- El personal que participe en la intervención deberá estar correctamente aseado y no llevar joyas o elementos que puedan desprenderse. Asimismo, deberán estar cubiertas por ropa, mascarillas y guantes esterilizados.
- Todo el instrumental que se vaya a utilizar durante la intervención deberá haber sido debidamente esterilizado.
- El lugar de la intervención debe estar preparado y dispuesto para una intervención higiénica, utilizando gasas y sábanas esterilizadas.
- El personal deberá aplicar lavado de mano quirúrgico.

Asepsia

Asepsia Quirúrgica

Está indicado en:

Intervenciones quirúrgicas

Colocación de catéteres venosos centrales y urinarios

Realización de cualquier maniobra que requiere un alto grado de asepsia

Realización de cualquier maniobra ante un enfermo inmunodeprimido

Asepsia

Técnicas:

Lavado de Manos:

Uso de jabón antiséptico o solución alcohólica antes y después del contacto con pacientes.

Uso de Guantes:

Guantes estériles para procedimientos quirúrgicos.

Guantes no estériles para procedimientos no quirúrgicos.

Mascarillas y Protectores Faciales:

Uso de mascarillas quirúrgicas y protectores faciales para evitar la dispersión de microorganismos.

Asepsia

Ropa Estéril:

Uso de batas y gorros estériles en el quirófano.

Esterilización de Instrumentos:

Autoclaves para esterilización con vapor.

Esterilización con óxido de etileno para materiales sensibles al calor.

Esterilización por radiación para ciertos tipos de materiales.

Desinfección de Superficies:

Uso de soluciones desinfectantes en mesas, equipos y otras superficies en el entorno clínico.

Asepsia

Control de Acceso:

Limitar el acceso a áreas estériles sólo al personal necesario.

Ambientes Controlados:

Mantenimiento de quirófanos y salas de procedimientos con filtración de aire y control de flujo laminar.



Antisepsia

Eliminar o inhibir el crecimiento de microorganismos en tejidos vivos.

Práctica terapéutica que tiene como objetivo combatir y prevenir las infecciones por medio de la destrucción e inhibición de los microorganismos con productos antisépticos que destruyen la proliferación de microorganismos patógenos o antisépticos que inhiben la proliferación de los microorganismos.



Antisepsia

Técnicas:

Aplicación de Antisépticos en la Piel:

Alcohol Isopropílico: Utilizado para desinfectar la piel antes de inyecciones.

Clorhexidina: Efectivo en la preparación preoperatoria y cuidado de heridas.

Yodo y Povidona Yodada: Comúnmente usados para la antisepsia de la piel antes de cirugías.

Cuidado de Heridas:

Limpieza de heridas con solución salina estéril.

Aplicación de soluciones antisépticas para prevenir infecciones.

Antisepsia

Enjuagues Antisépticos:

Uso de soluciones bucales antisépticas en procedimientos dentales.

Preparación Preoperatoria:

Desinfección de la piel del paciente en el área quirúrgica.

Lavado quirúrgico de manos del personal médico con antisépticos.

Cuidado de Catéteres y Líneas Intravenosas:

Limpieza del sitio de inserción con antisépticos.

Uso de apósitos impregnados con antisépticos para prevenir infecciones.

Tratamiento de Infecciones Superficiales:

Aplicación de cremas y geles antisépticos en infecciones cutáneas leves.

Antisepsia

Clasificación acción sobre antisépticos de uso común

Agente	Concentración	Gram (+)	Gram (-)	Tuberculosis	Hongos	Virus
Grupo Químico: Alcoholes						
Alcohol	70-96%	Excelente		Buena	Buena	Buena
Alcohol Isopropílico	70-100%		Excelente			
Grupo químico Biquanidina						
Clorhexidina	2%-4% base detergente					
	0,5% solución alcohólica					
	0,5% solución acuosa	Excelente	Buena	Mala	Regular	Buena
Grupo químico: Halogenados						
Tintura de Yodo	5%, 1%, 0,5%		Buena	Buena	Buena	Buena
		Excelente				
Yodó foros	10%, 7,5%, 2%					
		Excelente	Buena	Buena	Buena	Buena

Cuál de las siguientes medidas es fundamental para mantener la asepsia durante los procedimientos médicos?

Respuestas:

- a) Uso de guantes limpios, pero no necesariamente estériles.
- b) Limpieza de la piel del paciente con agua y jabón antes de cualquier intervención.
- c) Empleo de técnicas de esterilización adecuadas para instrumentos y equipo médico.

Cuál de las siguientes medidas es fundamental para mantener la asepsia durante los procedimientos médicos?

Respuestas:

- a) Uso de guantes limpios, pero no necesariamente estériles.
- b) Limpieza de la piel del paciente con agua y jabón antes de cualquier intervención.
- c) Empleo de técnicas de esterilización adecuadas para instrumentos y equipo médico.**

Las técnicas de esterilización adecuadas son fundamentales para garantizar que los instrumentos y equipo médico estén libres de microorganismos patógenos antes de cualquier procedimiento, ayudando así a prevenir infecciones nosocomiales y asegurando la seguridad del paciente durante la atención médica.



Esterilización

Proceso de destrucción de los microorganismos patógenos y no patógenos que existen en una superficie o espacio. La principal diferencia entre los procesos de desinfección y esterilización radica en que este segundo se encarga de eliminar por completo toda la vida microbiana existente.

Durante este procedimiento para garantizar un correcto proceso de esterilización se debe mantener una adecuada manipulación de material estéril.



Central de Esterilización

Tiene como función principal proporcionar a todos los servicios del hospital el material esterilizado en óptimas condiciones para ser utilizado.

La ubicación de la Central de Esterilización debe ser cercana a los quirófanos y de fácil comunicación con el resto de los servicios.

La Central de Esterilización consta de tres zonas perfectamente definidas donde se realizan actividades específicas: **Un área roja** o zona contaminada (o zona sucia). **Un área azul** o zona limpia. Y un **área verde** o zona restringida.

Central de Esterilización Área Técnica

ÁREA ROJA. Llamada también zona sucia o contaminada. En esta zona se realizan las actividades de recepción, clasificación, descontaminación y lavado del material sucio.

ÁREA AZUL. Llamada también zona limpia. En esta zona se realizan actividades de recepción, preparación, embalaje y carga en los distintos esterilizadores del material limpio.

ÁREA VERDE. Llamada también zona restringida o zona estéril. En ella se realizan actividades de descarga, almacenamiento, distribución y despacho del material esterilizado a través de una ventanilla para el mismo fin.

Central de Esterilización Área Administrativa

Anexo, y separado del área técnica, la CE debe tener un área administrativa destinada para cumplimentar las **actividades administrativas** del personal y de los insumos. Además, en esta área se debe guardar toda la documentación generada por la CE, tales como: controles de los ciclos de esterilización, controles del número de materiales, equipos e insumos, funciones del personal y todos los otros procesos administrativos de una CE.

Área de Apoyo

El área de apoyo debe estar constituida, al menos, por:

Un vestuario, para el cambio de la ropa de calle, resguardo de la misma y de los objetos personales.

Un área de depósito de los productos químicos, detergentes y productos de limpieza. Esta área debe contar con una pileta adicional para el lavado de los accesorios utilizados en la limpieza del ambiente.

Central de Esterilización

Esterilizado el material es importante una correcta manipulación, para ello es importante tener en cuenta las precauciones generales:

- Lavarse las manos antes de manipular material estéril.
- Use mascarilla y gorro al manejar este tipo de material.
- Mantenerse de frente al campo estéril.
- Evítese salpicar con cualquier tipo de solución el campo estéril.
- Nunca alejarse de un campo estéril o darle la espalda.
- Evitar hablar, toser o estornudar sobre el material estéril.
- Evite transferir objetos sobre el campo estéril.
- Verificar fecha de vencimiento de esterilización (cada 8 días).
- Seleccione un área amplia, limpia y libre de humedad para la preparación de equipos estériles.

Central de Esterilización

El método manual de manejo del material y equipo estéril son maniobras que se realizan con las manos limpias para el manejo del material y equipo estéril.

Equipo:

Mesas o superficies limpias

Bulto o equipo estéril

Guantes estériles



Central de Esterilización



Figura 7-5. Manejo de gasa estéril.



Figura 7-6. Manejo de material estéril.

Manejo de material y equipos grandes



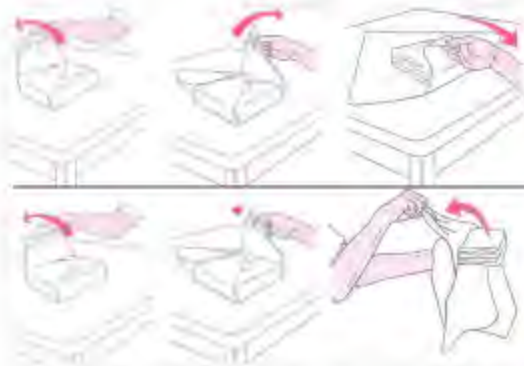
1) Colocar el bulto en la mesa o una superficie limpia, procurando que el lado donde se encuentre la última punta de la envoltura quede frente a la enfermera (punta 4).

2) Tomar la punta de la envoltura y jalarla hacia adelante y después hacia atrás. 3) Tomar las dos puntas laterales (2 y 3) con ambas manos jalando y dejarlas caer hacia los lados sin contaminar el contenido del equipo.

4) Tomar la última punta (1) por el doblez, jalarla y dejarla caer hacia adelante y abajo sin que toque el uniforme de la enfermera.

5) Manejar el equipo expuesto con pinzas o guantes estériles.

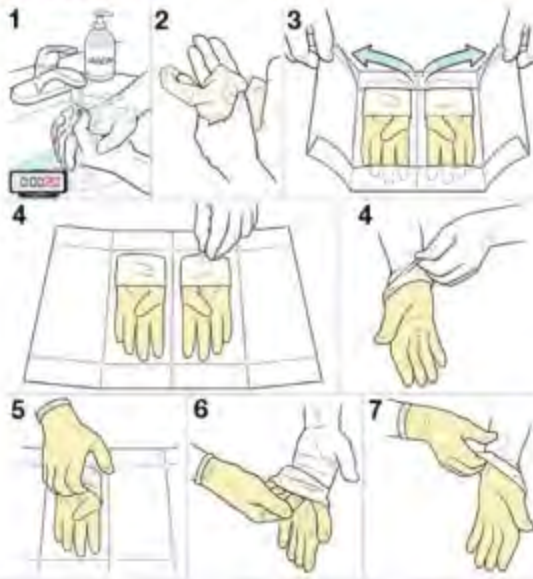
Manejo de material o equipos pequeños



1. Sostener el material o equipo con la mano no dominante, procurando que la punta 4 quede frente a la enfermera y con la mano dominante tomar ésta y dejarla caer hacia atrás.
2. Sin pasar las manos por arriba del bulto, llevar hacia los lados las puntas 2 y 3 de la envoltura.
3. Tomar la punta 1 y dejarla caer frente a la enfermera que manipula el bulto.
4. Tomar las cuatro puntas con la mano dominante, formando un guante sobre la mano no dominante, Si el bulto es muy pequeño, sostener las puntas entre los dedos de la mano no dominante.
5. Depositar el contenido del bulto sobre un campo estéril a través de: dejarlo caer, tomarlo con pinzas u ofrecerlo a una persona con guantes estériles,

Manejo de material o equipos con guantes estériles

El método con guantes estériles con las maniobras utilizadas para la manipulación correcta con otro material o área estéril.



Control de esterilización

En una central de esterilización, el control de la esterilización es crucial para garantizar que los instrumentos y materiales estén completamente libres de microorganismos. Existen tres tipos principales de indicadores que se usan para este propósito:

Indicadores físicos
Indicadores químicos
Indicadores biológicos



Son los parámetros del equipo de esterilización que se miden y registran durante el ciclo, como la temperatura, la presión y el tiempo.

Se utilizan para monitorear y registrar las condiciones del proceso de esterilización en tiempo real.

Estos indicadores proporcionan información inmediata sobre el ciclo, pero no verifican directamente la efectividad del proceso en términos de eliminación de microorganismos.



Indicadores químicos

Son sustancias químicas que cambian de color u otras propiedades físicas cuando se alcanzan ciertas condiciones de esterilización.

Se colocan dentro o fuera de los paquetes a esterilizar para confirmar que se han alcanzado las condiciones necesarias (por ejemplo, cierta temperatura o presencia de vapor).

Proveen una verificación rápida y visible de que los paquetes han sido expuestos a las condiciones adecuadas, pero no garantizan la eliminación de todos los microorganismos.

Bioseguridad

Indicadores químicos

Tipos de indicadores químicos usados:

Indicadores de Clase 1: Son cintas adhesivas o etiquetas que cambian de color cuando se han expuesto al proceso de esterilización. Se usan para identificar artículos que han sido procesados.

Indicadores de Clase 2: Son específicos para pruebas de funcionamiento, como la prueba de Bowie-Dick para sistemas de vacío en autoclaves. Detectan problemas en la eliminación de aire y la penetración de vapor.

Indicadores de Clase 3: Responden a un solo parámetro crítico del proceso de esterilización, como la temperatura o el tiempo.

Bioseguridad

Indicadores químicos

Tipos de indicadores químicos usados:

Indicadores de Clase 4: Son indicadores multiparamétricos que reaccionan a dos o más parámetros críticos, como temperatura y tiempo.

Indicadores de Clase 5: Son integradores que reaccionan a todos los parámetros críticos del proceso de esterilización. Proporcionan una lectura más completa y confiable.

Indicadores de Clase 6: Son emuladores, los cuales imitan el comportamiento de un proceso específico de esterilización y responden a todos los parámetros críticos.

Bioseguridad

Indicadores químicos

Materiales usados:

Cintas Adhesivas: Tienen una tira reactiva que cambia de color cuando se alcanzan ciertas condiciones de esterilización. Se usan para sellar paquetes y asegurar que han sido expuestos al proceso.

Tarjetas y Etiquetas: Similar a las cintas, pero en forma de tarjetas o etiquetas que se colocan dentro o fuera de los paquetes.

Emuladores: Son tiras o etiquetas que imitan el comportamiento de un proceso específico de esterilización y responden a todos los parámetros críticos.

Bioseguridad

Indicadores químicos

Materiales usados:

Indicadores Multiparamétricos: Estas tiras o etiquetas responden a múltiples parámetros críticos como temperatura, tiempo y presión.

Pruebas de Bowie-Dick: Consisten en paquetes o láminas que se usan para verificar la eliminación de aire y la penetración de vapor en autoclaves de vacío.

Integradores Químicos: Son indicadores avanzados que proporcionan una lectura más completa y confiable, reaccionando a todos los parámetros críticos del proceso de esterilización.

Indicadores biológicos

Contienen esporas bacterianas altamente resistentes, que se utilizan para demostrar que el proceso de esterilización es capaz de matar microorganismos.

Se colocan en el centro de los paquetes y se incuban después del ciclo de esterilización para ver si las esporas sobreviven.

Son los más confiables para confirmar la efectividad del proceso de esterilización porque verifican si se han eliminado las formas más resistentes de vida microbiana.

Los **indicadores físicos** monitorean las condiciones del equipo, los indicadores **químicos** verifican la exposición a esas condiciones y los **indicadores biológicos** confirman la eliminación efectiva de microorganismos..

Indicadores biológicos

Los indicadores biológicos son considerados el estándar de oro para la validación de los procesos de esterilización porque utilizan microorganismos altamente resistentes para verificar la eficacia del proceso. Tipos mas comunes:

Esporas de *Geobacillus stearothermophilus*: Se usan para validar procesos de esterilización con vapor y peróxido de hidrógeno. Estas esporas son muy resistentes al calor húmedo.

Esporas de *Bacillus atrophaeus*: Se utilizan para procesos de esterilización con óxido de etileno y calor seco. Son resistentes a estos métodos específicos.

Esporas de *Bacillus pumilus*: Empleadas en procesos de irradiación, ya que tienen una alta resistencia a la radiación.

Esporas de *Bacillus subtilis*: Utilizadas en algunas aplicaciones de calor seco y óxido de etileno, aunque menos comunes que las esporas de *Bacillus atrophaeus*.

Bioseguridad

Indicadores biológicos

Materiales para los indicadores biológicos:

Ampollas: Contienen un medio de cultivo y esporas. Después de la esterilización, se incuban para ver si hay crecimiento microbiano.

Tiras de Esporas: Son tiras de papel impregnadas con esporas. Se colocan dentro de paquetes o equipos a esterilizar y luego se incuban en un medio de cultivo para verificar la presencia de crecimiento.

Viales con Filtros: Estos contienen esporas en un disco o filtro dentro de un vial de plástico. Después de la esterilización, se rompe una ampolla interna que libera el medio de cultivo para la incubación.

Bioseguridad

Indicadores biológicos

Materiales para los indicadores biológicos:

Indicadores Autosuficientes: Combinan esporas y medio de cultivo en un único contenedor, simplificando el proceso de incubación y lectura de resultados.

Monitores Biológicos Rápidos: Utilizan tecnología avanzada para reducir el tiempo de incubación y obtener resultados en pocas horas en lugar de días.



Indicadores para control de carga - Resumen

Identificar el producto	Registro de la carga de cada ciclo Fecha de caducidad del material	Comprobar en cada ciclo
Controles físicos	Temperatura Tiempo Presión de vapor Concentración	Comprobación de cada ciclo
Identificadores químicos externos	Indican que ha pasado las condiciones físicas	Comprobar en cada paquete (al salir de cámara y antes de usar)
Indicadores químicos internos	Indican si el interior de envases y paquetes han alcanzado las condiciones del proceso.	En el interior de paquetes o envases de > 30 litros. Comprobar antes de usar.
Indicadores biológicos	Documentan la eficacia del proceso de esterilización	Al menos 1 por semana en vapor y 1 por ciclo en ETO Comprobar antes de usar.
Controles químicos externos	Cinta adhesiva o tinta. Comprobar en todos los paquetes	
Controles químicos internos	En paquetes sin control químico externo o en los que el volumen o la composición hacen difícil que el agente esterilizante pase (contenedor). Verifican uno o todos los parámetros (integrador) Existe para todos los sistemas. Comprobar antes de usar.	
Controles biológicos	Esporas: <i>Bacillus atrophaeus</i> para el OE y <i>Geobacillus stearothermophilus</i> para vapor. <u>Tipos:</u> Lectura rápida (horas) y Lectura lenta (días)	

Para garantizar la esterilización se realiza el monitoreo integral tanto en la carga como en los paquetes de equipos. Seleccione el producto utilizado para realizar el control de carga:

Respuestas:

- Indicadores biológicos.
- Indicadores químicos.
- Cintas testigo.
- Tarjetas de registro.

Para garantizar la esterilización se realiza el monitoreo integral tanto en la carga como en los paquetes de equipos. Seleccione el producto utilizado para realizar el control de carga:

Respuestas:

- **Indicadores biológicos.**
- Indicadores químicos.
- Cintas testigo.
- Tarjetas de registro.

Para realizar el control de carga, el producto más adecuado sería el indicador biológico. Los indicadores biológicos proporcionan la validación más confiable de que el proceso de esterilización ha sido efectivo, ya que utilizan esporas altamente resistentes para verificar la eficacia del proceso.



Juan es un técnico en esterilización en un hospital. Durante la revisión diaria de los instrumentos quirúrgicos esterilizados, nota que algunos paquetes no tienen el indicador químico que cambia de color. Juan debe decidir cómo proceder para garantizar la seguridad de los pacientes y el cumplimiento de los estándares de esterilización.

Respuestas

- a) Juan utiliza los paquetes sin el indicador químico, ya que el proceso de esterilización automático garantiza la seguridad.
- b) Juan informa de inmediato al supervisor de esterilización sobre la falta del indicador químico para que se realice una reevaluación y se tomen las medidas correctivas necesarias.
- c) Juan decide desechar todos los paquetes sin el indicador químico y vuelve a esterilizar los instrumentos como medida preventiva.

Juan es un técnico en esterilización en un hospital. Durante la revisión diaria de los instrumentos quirúrgicos esterilizados, nota que algunos paquetes no tienen el indicador químico que cambia de color. Juan debe decidir cómo proceder para garantizar la seguridad de los pacientes y el cumplimiento de los estándares de esterilización.

Respuestas

- a) Juan utiliza los paquetes sin el indicador químico, ya que el proceso de esterilización automático garantiza la seguridad.
- b) Juan informa de inmediato al supervisor de esterilización sobre la falta del indicador químico para que se realice una reevaluación y se tomen las medidas correctivas necesarias.**
- c) Juan decide desechar todos los paquetes sin el indicador químico y vuelve a esterilizar los instrumentos como medida preventiva.

Es fundamental notificar al supervisor de esterilización cuando se detecta cualquier irregularidad en el proceso de esterilización, como la falta de indicadores químicos adecuados.

Esto permite una revisión inmediata del proceso, asegurando que los instrumentos estén esterilizados correctamente antes de su uso en procedimientos médicos. Mantener la comunicación abierta y seguir los protocolos establecidos ayuda a garantizar la seguridad de los pacientes y el cumplimiento de los estándares de esterilización en el entorno hospitalario.

Manejo y tipo de desechos

El método con guantes estériles con las maniobras utilizadas para la manipulación correcta con otro material o área estéril.

Los desechos que se generan en los establecimientos de salud se clasifican como:

- **Desechos comunes**
- **Residuos aprovechables**
- **Desechos sanitarios**
 - Desechos biológico- infecciosos
 - Desechos corto- punzantes
 - Desechos anatomopatológicos

Manejo y tipo de desechos

Desechos farmacéuticos

- Desechos farmacéuticos peligrosos
- Desechos farmacéuticos no peligrosos

• Otros residuos o desechos peligrosos

- Desechos radiactivos
- Desechos químicos peligrosos
- Desechos de dispositivos médicos con mercurio
- Demás desechos peligrosos establecidos en los listados nacionales emitidos por la Autoridad Ambiental Nacional

Manejo y tipo de desechos

Desechos comunes: Son desechos no peligrosos que no representan riesgo para la salud humana, animal o el ambiente.

Residuos aprovechables: son residuos no peligrosos que son susceptibles de aprovechamiento o valorización.

Desechos sanitarios: son desechos infecciosos que contienen patógenos y representan riesgo para la salud humana y el ambiente, es decir, son aquellos que cuentan con característica de peligrosidad biológico-infecciosa.

Desechos farmacéuticos: corresponden a medicamentos caducados o fuera de estándares de calidad o especificaciones.

Manejo y tipo de desechos

Otros desechos peligrosos: son residuos o desechos con características corrosivas, reactivas, tóxicas, inflamables y/o radiactivas, que representan un riesgo para la salud humana y el ambiente de acuerdo a las disposiciones legales aplicables. Son los siguientes:

Desechos radiactivos: son sustancias u objetos descartados que contienen radionucleido en concentraciones con actividades mayores que los niveles de dispensa establecidos por la autoridad regulatoria.

Desechos químicos peligrosos: son sustancias o productos químicos caducados, fuera de estándares de calidad o especificaciones.

Desechos de dispositivos médicos con mercurio: son productos en desuso con contenido de mercurio añadido.

Manejo y tipo de desechos

Los **desechos sanitarios** se clasifican en:

Desechos biológico-infecciosos

constituye el material que se utilizó en procedimientos de atención en salud o que se encuentra contaminado o saturado con sangre o fluidos corporales, cultivos de agentes infecciosos y productos biológicos, que supongan riesgo para la salud, y que no presentan características punzantes o cortantes. Se incluye todo material proveniente de áreas de aislamiento.

Desechos corto-punzantes

Son desechos con características punzantes o cortantes, incluido fragmentos rotos de plástico duro, que tuvieron contacto con sangre, cultivos de agentes infecciosos o fluidos corporales que supongan riesgo para la salud, y que pueden dar origen a un accidente percutáneo infeccioso.

Manejo y tipo de desechos

Los **desechos sanitarios** se clasifican en:

Desechos anatomopatológicos

Órganos, tejidos y productos descartados de la concepción tales como: membranas, tejidos y restos corioplacentarios. Se incluye dentro de esta clasificación a los cadáveres o partes de animales que se inocularon con agentes infecciosos, así como los fluidos corporales a granel que se generan en procedimientos médicos o autopsias, con excepción de la orina y el excremento que no procedan de un área de aislamiento.

Manejo y tipo de desechos

Principales residuos y desechos

Desechos Comunes

Material de oficina, toallas de uso descartable utilizadas para el secado de manos, restos de comida que no provengan de áreas de aislamiento, entre otros desechos y residuos no peligrosos.

Pañales de uso común (para heces y orina), papel higiénico y toallas sanitarias usadas, que no provienen de áreas de aislamiento o emergencia, ni de pacientes con microorganismo patógenos multirresistentes o infecciosos previo diagnóstico definitivo.

Cuerpos de jeringas que fueron separadas de la aguja y que no contienen sangre, fluidos corporales y fármacos peligrosos.

Líneas y bolsas para tratamientos intravenosos sin sangre, fluidos corporales y fármacos peligrosos.

Yesos y vendajes no sanguinolentos, ropa descartable que no provenga de áreas de aislamiento y áreas críticas.

Frascos y envases, empaques y botellas vacías de desechos farmacéuticos no peligrosos.

Delantales, gorros, cubre zapatos y mandiles que no hayan sido utilizado en actividades de atención en salud.

Manejo y tipo de desechos

Principales residuos y desechos

Residuos Aprovechables	Materiales como papel, cartón, aluminio, chatarra ferrosa, vidrio, botellas plásticas, maderas que no estén contaminados.
Desechos infecciosos	Desechos contaminados con sangre u otros fluidos corporales (por ejemplo, a partir de muestras de diagnóstico desechadas), cultivos o cepas de agentes infecciosos procedentes de actividades de laboratorio (por ejemplo, desechos relacionados con autopsias o desechos relacionados con pacientes ingresados en salas de aislamiento y equipo conexo (por ejemplo, hisopos, vendajes e instrumental médico desechable).
Desechos corto-punzantes	Limas, lancetas, cuchillas, agujas, pipetas, hojas de bisturí o vidrio, clavos, contaminados con sangre o con fluidos corporales, hisopos, depresores linguales o bajalenguas y espéculos vaginales descartables, tubos con sangre, suero o plasma sanguíneo para descarte, palillos para mezclar o inocular las muestras de laboratorio, jeringas que no hayan sido separadas de la aguja y todo material de plástico rígido con características punzantes.

Manejo y tipo de desechos

Desechos anatomopatológicos

Tejidos y órganos que se extirpan o remueven en procedimientos médicos. Sangre, hemoderivados, fluidos corporales y otros desechos de cirugía y autopsias de pacientes.

Desechos farmacéuticos peligroso

Se incluyen en esta categoría los siguientes medicamentos caducados, derramados, en desuso, parcialmente usados, envases vacíos o que no cumplen estándares de calidad.

- Medicamentos antibióticos, antiparasitarios, antimicóticos y hormonas
- Medicamentos controlados o sujetos a fiscalización como los psicotrópicos, psicofármacos, estupefacientes o narcóticos.
- Medicamentos citotóxicos, antineoplásicos, y los materiales utilizados para su almacenamiento, dosificación o administración como botellas, viales, cajas, guantes, máscaras.
- Complejos vitamínicos (hidrosolubles o liposolubles) o sus residuos.
- Soluciones parenterales.
- Otros medicamentos que debido a su naturaleza son considerados como desechos farmacéuticos peligrosos y deben desecharse cuidadosamente para disminuir el riesgo para la salud.

Manejo y tipo de desechos

Desechos farmacéuticos no peligrosos	Se incluyen en esta categoría las sales (cloruro de sodio, cloruro de potasio, lactato ringer, dextrosa), caducados, en desuso, parcialmente usados, o que no cumplen estándares de calidad
---	---

Manejo y tipo de desechos

Riesgos de los desechos generados

Tipo de desecho	Peligro	Riesgo	Personal expuesto
Desechos sanitarios	Exposición a objetos con características cortantes o punzantes. Exposición a microorganismos patógenos transmitidos por la sangre. Exposiciones a aerosoles o salpicaduras durante el manejo de cultivos con enriquecimiento microbiano.	Lesiones físicas: cortaduras, punciones con agujas huecas y agujas sólidas. Infecciones con: hepatitis B, la hepatitis C y el VIH, entre otras enfermedades infecciosas como: infecciones respiratorias, oculares, meningitis.	Personal sanitario, personal de servicios de apoyo (limpieza y desinfección), personal de lavandería.

Manejo y tipo de desechos

Riesgos de los desechos generados

Tipo de desecho	Peligro	Riesgo	Personal expuesto
Desechos farmacéuticos peligrosos	Exposición a antibióticos, antiparasitarios y antimicóticos	Desarrollo de cepas de agentes patógenos resistentes	Personal sanitario, personal de servicios apoyo limpieza
	Exposición a residuos de medicamentos citotóxicos utilizados durante la preparación o tratamiento en áreas médicas especializadas, como oncología y radioterapia. Ingestión a través de la mala práctica de pipetear con la boca o por el contacto con las secreciones de pacientes bajo quimioterapia.	Irritaciones y efectos locales dañinos después del contacto directo con la piel o los OJOS. Mareos, náuseas, dolor de cabeza o dermatitis. Efectos sobre el aparato reproductor, mayor riesgo de abortos espontáneos, efectos carcinógenos mutagénicos.	Personal de farmacia, personal de sanitario, personal de servicios apoyo (limpieza)

Bioseguridad

Manejo y tipo de desechos



Manejo y tipo de desechos

En enfermería, el manejo de desechos se centra en varios aspectos clave:

- 1. Segregación:** Clasificación adecuada de los desechos según su tipo (infecciosos, cortopunzantes, químicos, etc.) utilizando bolsas de colores específicos.
- 2. Almacenamiento seguro:** Mantenimiento de los desechos en áreas designadas y seguras hasta su eliminación o tratamiento.
- 3. Manipulación con precaución:** Uso de equipos de protección personal (EPP) adecuados al manejar desechos, especialmente cortopunzantes o infecciosos.
- 4. Eliminación adecuada:** Cumplimiento estricto de las normativas locales y protocolos hospitalarios para la eliminación segura de desechos, minimizando el riesgo de contaminación y asegurando la protección ambiental y la salud pública.

Manejo y tipo de desechos

Sitios de almacenamiento:

Almacenamiento primario: es la acción de colocar los desechos en el recipiente correspondiente, de acuerdo a su clasificación, en su lugar de generación: habitaciones, laboratorios, consultorios, quirófanos, entre otros servicios.

Almacenamiento intermedio: es el sitio designado para almacenar temporalmente los desechos con el fin de mantenerlos alejados de los pacientes y el público en general antes de ser retirados y transportados a un almacenamiento final, facilitando las labores de evacuación de los desechos.

Almacenamiento final: es el área dentro del establecimiento donde se retienen o acopian temporalmente los diferentes tipos de desechos de manera segura hasta que sean entregados al responsable de la gestión externa

Manejo y tipo de desechos

Identifique la clasificación de los desechos hospitalarios:

- 1.Comunes.
- 2.Corporales.
- 3.Infecciosos.
- 4.Sólidos.
- 5.Especiales.
- 6.Químicos.

Respuestas:

- 1, 3, 5
- 2, 4, 6
- 1, 4, 6
- 2, 3, 5

Manejo y tipo de desechos

Identifique la clasificación de los desechos hospitalarios:

- 1.Comunes.
- 2.Corporales.
- 3.Infecciosos.
- 4.Sólidos.
- 5.Especiales.
- 6.Químicos.

Respuestas:

- **1, 3, 5**
- 2, 4, 6
- 1, 4, 6
- 2, 3, 5

Manejo y tipo de desechos

De acuerdo con el ciclo de manejo de la gestión de desechos sólidos en las instituciones de salud, existen algunos sitios de almacenamiento. ¿Cuál es la denominación del centro de acopio temporal de desechos hospitalarios?

Respuestas:

- Almacenamiento intermedio.
- Almacenamiento de generación.
- Almacenamiento primario.
- Almacenamiento final.

Manejo y tipo de desechos

De acuerdo con el ciclo de manejo de la gestión de desechos sólidos en las instituciones de salud, existen algunos sitios de almacenamiento. ¿Cuál es la denominación del centro de acopio temporal de desechos hospitalarios?

Respuestas:

- **Almacenamiento intermedio.**
- Almacenamiento de generación.
- Almacenamiento primario.
- Almacenamiento final.

Manejo y tipo de desechos

¿Cuál de las siguientes medidas es fundamental para asegurar la eliminación segura de desechos sanitarios en enfermería?

Respuestas:

- a) Utilización de bolsas de color específico para cada tipo de desecho.
- b) Almacenamiento de desechos junto con suministros médicos esterilizados.
- c) Eliminación de desechos sin clasificación previa para optimizar el tiempo de trabajo del personal.

Manejo y tipo de desechos

¿Cuál de las siguientes medidas es fundamental para asegurar la eliminación segura de desechos sanitarios en enfermería?

Respuestas:

- a) **Utilización de bolsas de color específico para cada tipo de desecho.**
- b) Almacenamiento de desechos junto con suministros médicos esterilizados.
- c) Eliminación de desechos sin clasificación previa para optimizar el tiempo de trabajo del personal.

Manejo y tipo de desechos

Es fundamental utilizar bolsas de color específico para cada tipo de desecho (como bolsas rojas para desechos infecciosos) porque ayuda a identificar y manejar adecuadamente los diferentes tipos de desechos sanitarios.

Esto facilita la segregación adecuada desde el punto de generación hasta la eliminación final, asegurando la seguridad del personal, la protección del medio ambiente y el cumplimiento de normativas sanitarias específicas.



Manejo y tipo de desechos

¿Cuál de las siguientes acciones es esencial para gestionar adecuadamente los desechos cortopunzantes en un entorno hospitalario?

Respuestas:

- a) Colocarlos en bolsas de color amarillo para desechos generales.
- b) Utilizar contenedores rígidos y seguros para evitar accidentes.
- c) Mezclarlos con otros desechos para reducir la cantidad de bolsas utilizadas.

Manejo y tipo de desechos

¿Cuál de las siguientes acciones es esencial para gestionar adecuadamente los desechos cortopunzantes en un entorno hospitalario?

Respuestas:

- a) Colocarlos en bolsas de color amarillo para desechos generales.
- b) Utilizar contenedores rígidos y seguros para evitar accidentes.**
- c) Mezclarlos con otros desechos para reducir la cantidad de bolsas utilizadas.

Manejo y tipo de desechos

Los desechos cortopunzantes, como agujas y bisturís, deben ser colocados en contenedores rígidos y seguros para prevenir accidentes y lesiones por pinchazos.

Estos contenedores están diseñados específicamente para resistir perforaciones y proteger al personal de salud y al público en general de exposiciones accidentales a materiales biopeligrosos. Es una medida crucial para la seguridad ocupacional y el manejo adecuado de desechos en entornos sanitarios.

Declaración Universal de Derechos Humanos



Derechos Humanos

Los derechos humanos nos pertenecen por igual
a todos y cada uno de nosotros

Son normas que reconocen y protegen la **dignidad** de todos los **seres humanos**. Estos derechos rigen la manera en que los individuos viven en sociedad y se relacionan entre sí, al igual que sus relaciones con el Estado y las obligaciones del Estado hacia ellos.

Son **derechos universales** que asisten a todas las personas, **independientemente** de su raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

Entre los derechos humanos se incluyen el derecho a **la vida** y a la **libertad; a no estar sometido ni a esclavitud ni a torturas**; a la **libertad de opinión** y de expresión; a la **educación** y al trabajo, entre otros muchos. Estos derechos corresponden a todas las personas, sin discriminación alguna.



Salud y Derechos Humanos

Los derechos incluyen el derecho a acceder a unos servicios de salud de calidad sin ser objeto de discriminación de ningún tipo.



Las libertades incluyen el derecho de las personas a controlar su salud y su cuerpo (**por ejemplo**, los derechos sexuales y reproductivos) y a no sufrir injerencias (**por ejemplo**, el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuados, aspecto especialmente pertinente para las personas con discapacidad).

Principios Fundamentales

Principios y normas basados en los derechos humanos fundamentales a los servicios de salud y las políticas relativas a los sistemas de salud.

Universalidad

Los derechos humanos son universales e inalienables. En todas partes del mundo, todas las personas tienen derecho a ellos. Nadie puede renunciar voluntariamente a sus derechos. Y nadie puede arrebatárselos a otra persona.

No discriminación e igualdad:

Equidad para dar prioridad a las necesidades de las personas, sin hacer de menos a cierto grupo por su género, la raza, la etnia, la discapacidad, la orientación sexual, la identidad de género y la condición socioeconómica.

Principios Fundamentales

Principios y normas basados en los derechos humanos fundamentales a los servicios de salud y las políticas relativas a los sistemas de salud.

Participación:

Participación activa del individuo, familia, comunidad en proceso de planificación para mejora de atención sanitaria, logrando empoderamiento, desequilibrio de poder y disminuyendo conflictos de intereses.

Rendición de cuentas y Estado de derecho

Accesibles y eficaces recursos administrativos y jurídicos y la supervisión por otras instituciones, como las instituciones nacionales de derechos humanos y los organismos reguladores de la salud, sobre el cumplimiento de los derechos humanos.

Ley de Derechos y Amparo del paciente

Capítulo II Derechos del paciente

Art. 2.- DERECHO A UNA ATENCION DIGNA.- Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y tratado con respeto, esmero y cortesía.

Art. 3.- - DERECHO A NO SER DISCRIMINADO. Todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de sexo, raza, edad, religión o condición social y económica.

Ley de Derechos y Amparo del paciente

Capítulo II Derechos del paciente

Art. 4 .- DERECHO A LA CONFIDENCIALIDAD.-

Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen, diagnóstico, discusión, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento médico a aplicársele, tenga el carácter de confidencial.

Art. 5.- - DERECHO A LA INFORMACION.

Se reconoce el derecho de todo paciente a que, antes y en las diversas etapas de atención al paciente, reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables, El paciente tiene derecho a saber quien es el médico responsable de su tratamiento.

Ley de Derechos y Amparo del paciente

Capítulo II Derechos del paciente

Art. 6 .- DERECHO A DECIDIR.- Todo paciente tiene derecho a elegir si acepta o declina el tratamiento médico. En ambas circunstancias el centro de salud deberá informarle sobre las consecuencias de su decisión.

**Todos estos derechos de la ley de
amparo del paciente evidencian las
acciones por las cuales todas las
entidades de salud deberán dirigir la
atención, respetando siempre los
derechos mencionados.**



Paciente de 85 años con diagnóstico de cáncer de próstata a la valoración médica evidencia complicaciones en el cuadro clínico por posible metástasis lo cual implica un manejo terapéutico a base de quimioterapia, por las complicaciones que puedan presentarse durante el procedimiento, indica que debe conversar con sus familiares. ¿Cuál es el derecho que se encuentra vulnerado?

Respuestas:

- Derecho a decidir.
- Derecho a la información.
- Derecho a no ser discriminado.
- Derecho a la confidencialidad.

Paciente de 85 años con diagnóstico de cáncer de próstata a la valoración médica evidencia complicaciones en el cuadro clínico por posible metástasis lo cual implica un manejo terapéutico a base de quimioterapia, por las complicaciones que puedan presentarse durante el procedimiento, indica que debe conversar con sus familiares. ¿Cuál es el derecho que se encuentra vulnerado?

Respuestas:

- Derecho a decidir.

- Derecho a la información.
- Derecho a no ser discriminado.
- Derecho a la confidencialidad.

El paciente adulto de forma legal tiene derecho a decidir sobre que realizar en cualquier circunstancia en la atención sanitaria, antes de iniciar con el procedimiento el personal de salud debe asegurarse con toda la documentación necesaria y respetar la autonomía del paciente en la toma de decisiones.

Paciente de 69 años, es seleccionado para participar en un estudio sobre enfermedades respiratorias. El investigador le informa que solo necesita que le conteste varias preguntas, sin darle más explicación. De acuerdo con el código de ética sobre protección del derecho del participante. ¿Qué derecho del paciente ha sido vulnerado?

Respuestas:

- Derecho a una descripción completa.
- Derecho a no recibir daño.
- Derecho a la intimidad.
- Derecho a la confidencialidad.

Paciente de 69 años, es seleccionado para participar en un estudio sobre enfermedades respiratorias. El investigador le informa que solo necesita que le conteste varias preguntas, sin darle más explicación. De acuerdo con el código de ética sobre protección del derecho del participante. ¿Qué derecho del paciente ha sido vulnerado?

Respuestas:

- **Derecho a una descripción completa.**
- Derecho a no recibir daño.
- Derecho a la intimidad.
- Derecho a la confidencialidad.

La ley de amparo de pacientes en el Ecuador destaca el derecho a la información, que incluye varios aspectos para que la atención dirigida al paciente se realice sin algún inconveniente desde el primer contacto hasta que finalice la atención en la unidad de salud.

En base al caso, las investigaciones con seres humanos requieren de la aplicación de consentimiento informado que dentro de sus características establece que la información del procedimiento sea bien detallada, clara y completa antes de iniciar el mismo.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Es un proceso de comunicación que forma parte de la relación del profesional de salud y el paciente, por el cual una persona autónoma acepta, niega o revoca una intervención de salud.

Se aplicará en procedimientos **diagnósticos, terapéuticos o preventivos**, luego de que el profesional de la salud explique al paciente en qué consiste el procedimiento



CONSENTIMIENTO INFORMADO

El profesional de la salud explica en qué consiste el procedimiento a realizarse, los riesgos, beneficios, las alternativas a la intervención de existir éstas, y las posibles consecuencias derivadas si no se interviene.

Tipos de Consentimientos

Implícito: El paciente da el consentimiento a las acciones del profesional sin mencionarlo, Por ejemplo, un paciente se presenta con un dolor bucal, se examina y se le informa que se necesitan radiografías y el paciente permite que sean tomadas sin ninguna objeción.

Verbal: El consentimiento verbal debe quedar documentado como discusión diagnóstica, quedará asentado en la historia clínica que el paciente demuestra haber comprendido toda la información presentada durante el debate y que se obtuvo su consentimiento

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Tipos de Consentimiento

Escrito: es para determinados tratamientos invasivos o de alto riesgo, tanto quirúrgicos como de reconstrucciones.

Riesgo mínimo	Riesgo mayor
• Son los que no causan deterioro importante en la calidad de vida y no son susceptibles de convertirse en mayores. • No son importantes para la toma de decisiones clínicas. • Se considerará un riesgo mínimo cuando la posibilidad de daño o molestia anticipada en el proceso clínico no es mayor de lo que se presenta durante un examen físico de rutina, o pruebas psicológicas. Por ejemplo, los procedimientos como análisis de orina, toma de muestras de sangre obtenidas por punción venosa, un electroencefalograma, pruebas de alergia, el uso de estándares de pruebas psicológicas, entre otras.	• Procedimiento de atención de la salud, en el cual las probabilidades de afectar a la persona son significativas. • Incluye las intervenciones médicas en las que hay mediano o alto peligro de ocasionar la muerte, de afectar la identidad o la integridad de las personas, por diversas vías y en particular cuando existe la probabilidad de causar incapacidades significativas o persistentes, lesiones prolongadas o daños permanentes en las personas.

En los siguientes casos es obligatorio dejar por escrito el consentimiento:

- a. **Intervenciones quirúrgicas** consideradas de riesgo mayor.
- b. **Exámenes radiológicos:** los que se efectúen bajo anestesia para realizar un procedimiento radiología con intervencionista, y los que requieran del uso de medios de contraste.
- c. **Tratamientos de radioterapia y quimioterapia.**
- d. **Procedimientos endoscópicos** diagnósticos y terapéuticos.
- e. **Biopsias.**
- f. **Procedimientos de reproducción asistida.**
- g. Prueba de **VIH.**
- h. Y todos aquellos que impliquen un **riesgo mayor.**

CONSENTIMIENTO INFORMADO

En los siguientes casos es obligatorio dejar por escrito el consentimiento:

i. En el caso de donante vivo y trasplante de órganos, el consentimiento informado será escrito y notariado, en cumplimiento de lo establecido en el **artículo 33, literal c de la Ley Orgánica de Donación y Trasplante de Órganos, Tejidos y Células**.

j. En el caso de transfusiones de sangre, se actuará en cumplimiento a la Ley Orgánica de Salud del Ecuador; Artículo 77, dispone que la aceptación o negativa para la transfusión de sangre y sus componentes, **debe realizarse por escrito**, a través de la persona legalmente capaz para ejercer su representación, exceptuándose los casos de emergencia o urgencia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Menores de edad y Consentimiento informado

Niños/as mayores de 12 años y adolescentes	Padres menores de edad emancipados	Menor de edad de padres menores de edad no emancipados	Disputa entre representantes legales
Informar al menor verbalmente el procedimiento médico que se le va a realizar, utilizando términos sencillos, claros y con calidez. Solicitar además CI escrito de los padres o representantes legales.	El consentimiento podrá ser suscrito por los mismos, tanto para intervenciones clínicas en ellos o en sus hijos.	Uno de los abuelos del menor, bajo cuya patria potestad viva, podrá suscribir el CI.	El profesional de la salud, basándose en la valoración clínica, actuará en consideración al interés superior y beneficio del paciente.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado requiere que un paciente, legalmente capaz, comprenda, acepte consciente, libre y voluntariamente, luego de una decisión reflexiva, un procedimiento médico.

Características

- La comunicación oral y escrita será comprensible para el paciente, evitando palabras técnicas o de difícil comprensión.
- Invitar al paciente a preguntar lo que requiera
- Solicitar al paciente que explique en sus propias palabras lo comprendido, como un mecanismo de garantía de buena comunicación.
- Percepción realista de las alternativas
- No generar temor en el paciente.

Derechos Humanos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Elementos Claves

Información necesaria

Entendimiento de la información

Capacidad para consentir

Voluntariedad

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las **firmas** será del profesional de salud responsable del procedimiento a realizarse y por el paciente, siempre que este sea legalmente capaz para tomar la decisión y haya comprendido la información recibida e interactuado con el médico responsable.

En casos de **rechazo del procedimiento** no significa que el profesional de salud dejará de dar atención al paciente, el personal de salud deberá ofrecerle otras alternativas posibles .

Puede presentarse:

Negativa al consentimiento informado
Revocatoria del consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Las **firmas** será del profesional de salud responsable del procedimiento a realizarse y por el paciente, siempre que este sea legalmente capaz para tomar la decisión y haya comprendido la información recibida e interactuado con el médico responsable.

En casos de **rechazo del procedimiento** no significa que el profesional de salud dejará de dar atención al paciente, el personal de salud deberá ofrecerle otras alternativas posibles .

Puede presentarse:

Negativa al consentimiento informado
Revocatoria del consentimiento informado

ÉTICA Y BIOÉTICA: VALORES Y PRINCIPIOS

Ética

Rama de la filosofía que estudia lo que es moralmente bueno y malo, correcto e incorrecto. Principios que guían la conducta humana buscando responder preguntas sobre cómo debemos actuar.

Bioética

Subdisciplina de la ética centrada en las cuestiones éticas relacionadas con la vida y las ciencias de la salud. Trata temas como el consentimiento informado, la investigación en seres humanos, eutanasia, reproducción asistida, y los derechos de los pacientes, entre otros.

ETICA Y BIOETICA: VALORES Y PRINCIPIOS

Los valores de la ética guían las acciones del personal y pacientes a decisiones para determinar lo que es correcto o incorrecto; Algunos de los valores éticos incluyen:

Honestidad
Respeto
Responsabilidad
Integridad
Empatía
Humanismo
Igualdad
Generosidad

PRINCIPIOS BIOETICOS

Autonomía

Respeto por la capacidad de los individuos de tomar decisiones informadas sobre su propia salud y bienestar.

No maleficencia

"Primero no hacer daño". Los profesionales deben evitar cualquier acción que pueda causar daño al paciente.

Beneficencia

Obliga a los profesionales de la salud a actuar en el mejor interés del paciente, promoviendo su bienestar.

Justicia

Implica tratar a los pacientes de manera justa y equitativa, asegurando una distribución equitativa de los recursos de salud y acceso a la atención sanitaria.

RELACION PACIENTE – ENFERMERO

La relación enfermera-paciente permite desarrollar el **cuidado enfermero**, siendo el contexto en el que se da una interacción entre ambos con el objetivo de ejecutar un plan de cuidados y **conseguir resultados en salud**.

Es necesario establecer una relación entre el profesional de enfermería y la persona cuidada, con el objetivo de instaurar y desarrollar el proceso de atención enfermera.



RELACION PACIENTE – ENFERMERO

Aspectos fundamentales para lograr una adecuada relación enfermera-paciente:

Confianza:

Es esencial que el paciente confíe en la enfermera para sentirse seguro y bien cuidado.

Comunicación

Una comunicación clara y abierta permite que la enfermera entienda las necesidades y preocupaciones del paciente y le brinde información precisa.

RELACION PACIENTE – ENFERMERO

Aspectos fundamentales para lograr una adecuada relación enfermera-paciente:

Empatía:

La capacidad de la enfermera para comprender y compartir los sentimientos del paciente ayuda a proporcionar un cuidado más humano y comprensivo.

Respeto:

El profesional de enfermería debe respetar la dignidad, valores y decisiones del paciente.

RELACION PACIENTE – ENFERMERO

Aspectos fundamentales para lograr una adecuada relación enfermera-paciente:

Confidencialidad:

Mantener la privacidad de la información del paciente es crucial para preservar su confianza.

Apoyo emocional:

El profesional de enfermería no solo brinda cuidados físicos, sino también apoyo emocional y psicológico.

RELACION PACIENTE – ENFERMERO

Aspectos fundamentales para lograr una adecuada relación enfermera-paciente:

Educación

Ayudar al paciente a entender su condición, tratamiento y cuidado, fomentando su autonomía y empoderamiento en su propia salud.

Todos estos aspectos influyen positivamente en la atención, desvinculando al paciente como un objeto de cuidado y dándole el valor con cuidados humanísticos.

Hombre de 52 años con tumor cerebral, que debe someterse a una exéresis del tumor, el neurocirujano explica a profundidad el procedimiento quirúrgico, riesgos y beneficios. El paciente lee el consentimiento y firma antes de la cirugía. ¿Qué principio de la Bioética se cumple en este caso?

Respuestas:

- Autonomía.
- Beneficencia.
- Justicia.
- No maleficencia

Hombre de 52 años con tumor cerebral, que debe someterse a una exéresis del tumor, el neurocirujano explica a profundidad el procedimiento quirúrgico, riesgos y beneficios. El paciente lee el consentimiento y firma antes de la cirugía. ¿Qué principio de la Bioética se cumple en este caso?

Respuestas:

- **Autonomía.**
- Beneficencia.
- Justicia.
- No maleficencia

El personal médico aplicado el procedimiento correcto en cuanto al caso, posterior a aquello el paciente es informado de todo los beneficios y riesgos que incluye el consentimiento informado y procede a firmar para dar luz verde al procedimiento, este contexto nos refleja la autonomía que presenta el paciente al decidir voluntariamente si accede o no al procedimiento.

Paciente de 80 años con diagnóstico de cáncer de próstata, el médico insiste que debe recibir quimioterapia, pero se niega a recibir el tratamiento. Determine el principio vulnerado por el profesional en la toma de decisiones éticas.

Respuestas:

- Autonomía.
- Veracidad.
- Beneficencia.
- No Maleficencia.

Paciente de 80 años con diagnóstico de cáncer de próstata, el médico insiste que debe recibir quimioterapia, pero se niega a recibir el tratamiento. Determine el principio vulnerado por el profesional en la toma de decisiones éticas.

Respuestas:

- **Autonomía.**
- Veracidad.
- Beneficencia.
- No Maleficencia.

El profesional de la salud basado en los principios bioéticos debe respetar la autonomía del paciente, a pesar de que el paciente se niegue a recibir el tratamiento y pueda darse posibles complicaciones que comprometan la vida, es deber del personal dar a conocer las consecuencias de no recibirlo e informarle de posibles alternativas y permitir que el paciente decida sobre que hacer antes de iniciar con el procedimiento.



Florence Nightingale, indica que, dentro de los principios bioéticos, los profesionales de enfermería deben “abstenerse de todo lo que sea perjudicial o maligno y de tomar o administrar drogas sabiendo que puedan ser nocivas a la salud”. ¿A qué principio bioético se refiere?

Respuestas:

- Principio de No maleficencia.
- Principio de autonomía.
- Principio de beneficencia.
- Principio de justicia.

Florence Nightingale, indica que, dentro de los principios bioéticos, los profesionales de enfermería deben “abstenerse de todo lo que sea perjudicial o maligno y de tomar o administrar drogas sabiendo que puedan ser nocivas a la salud”. ¿A qué principio bioético se refiere?

Respuestas:

- **Principio de No maleficencia.**
- Principio de autonomía.
- Principio de beneficencia.
- Principio de justicia.

Todas las acciones que se evitan conociendo el profesional del daño que puede causar se relaciona con el principio de no maleficencia, en base al caso presentado indica que se conoce los efectos nocivos de tomar o administra drogas por la tanto se evita dicho contexto, manifestando el principio de no maleficencia.



Indique dos de los principios bioéticos que forman parte del consentimiento informado:

Respuestas:

- Autonomía y beneficencia.
- No maleficencia y prioridad.
- Beneficencia e integralidad.
- Autonomía y equidad.

Indique dos de los principios bioéticos que forman parte del consentimiento informado:

Respuestas:

- **Autonomía y beneficencia.**
- No maleficencia y prioridad.
- Beneficencia e integralidad.
- Autonomía y equidad.

El consentimiento informado tiene como base hacer respetar la autonomía del usuario en cuanto a la atención en salud, de la misma forma es un documento que indica el principio de beneficencia ya que su finalidad es llevar a cabo procedimientos que buscan mejorar el bienestar del paciente.

Los otros dos principios no se relacionan directamente, ya que no maleficencia se inclina hacia la abstención de realizar alguna acción que cause daño a terceros, y la justicia hace referencia a la distribución o trato indiferenciado con los pacientes ya que todos son con igual derechos y dignidad.

María es una paciente de sesenta años que ha sido diagnosticada con cáncer de mama. Su oncólogo le ha recomendado una mastectomía, seguida de quimioterapia. María se siente abrumada por la situación y no está segura de cuál es la mejor decisión para su salud. La enfermera a cargo quiere asegurarse de que María entienda todas sus opciones y pueda tomar una decisión informada.

Respuestas:

1. La enfermera debe proceder a obtener el consentimiento para la mastectomía sin dar demasiada información para no abrumar más a María.
2. La enfermera debe explicar detalladamente todas las opciones de tratamiento, sus riesgos y beneficios, y asegurarse de que María comprende toda la información antes de obtener su consentimiento.
3. La enfermera debe tomar la decisión por María, considerando que ella está muy abrumada para decidir por sí misma.

María es una paciente de sesenta años que ha sido diagnosticada con cáncer de mama. Su oncólogo le ha recomendado una mastectomía, seguida de quimioterapia. María se siente abrumada por la situación y no está segura de cuál es la mejor decisión para su salud. La enfermera a cargo quiere asegurarse de que María entienda todas sus opciones y pueda tomar una decisión informada.

Respuestas:

1. La enfermera debe proceder a obtener el consentimiento para la mastectomía sin dar demasiada información para no abrumar más a María.
- 2. La enfermera debe explicar detalladamente todas las opciones de tratamiento, sus riesgos y beneficios, y asegurarse de que María comprende toda la información antes de obtener su consentimiento.**
3. La enfermera debe tomar la decisión por María, considerando que ella está muy abrumada para decidir por sí misma.

El principio de autonomía en ética médica y el tema del consentimiento informado exigen que los pacientes tengan toda la información necesaria para tomar decisiones sobre su propio tratamiento. La enfermera debe proporcionar a María una explicación detallada de todas las opciones de tratamiento disponibles, así como los riesgos y beneficios asociados a cada una. Esto permite a María tomar una decisión informada, respetando su autonomía y derecho a decidir sobre su propia salud.

Tomar la decisión por ella (opción 3) o no darle suficiente información (opción 1) viola sus derechos y no respeta su capacidad para tomar decisiones informadas sobre su propio cuerpo y tratamiento.

Con la misma paciente María continuemos otro caso clínico en base a los temas tratados



María es una paciente de sesenta años que ha sido diagnosticada con cáncer de mama. Su oncólogo le ha recomendado una mastectomía, seguida de quimioterapia. Durante una conversación privada con la enfermera, María revela que no quiere que su familia sepa sobre su diagnóstico por ahora, ya que no quiere preocuparlos hasta que esté segura del plan de tratamiento. ¿Cuál es la acción más correcta a realizar?

Respuestas:

1. La enfermera debe respetar la privacidad de María y no compartir la información con su familia sin su consentimiento.
2. La enfermera debe informar a la familia de María sobre su diagnóstico, ya que ellos tienen derecho a saber lo que está sucediendo.
3. La enfermera debe sugerir a María que informe a su familia, pero si ella decide no hacerlo, debe respetar su decisión y mantener la confidencialidad.

María es una paciente de sesenta años que ha sido diagnosticada con cáncer de mama. Su oncólogo le ha recomendado una mastectomía, seguida de quimioterapia. Durante una conversación privada con la enfermera, María revela que no quiere que su familia sepa sobre su diagnóstico por ahora, ya que no quiere preocuparlos hasta que esté segura del plan de tratamiento. ¿Cuál es la acción más correcta a realizar?

Respuestas:

- 1. La enfermera debe respetar la privacidad de María y no compartir la información con su familia sin su consentimiento.**
2. La enfermera debe informar a la familia de María sobre su diagnóstico, ya que ellos tienen derecho a saber lo que está sucediendo.
3. La enfermera debe sugerir a María que informe a su familia, pero si ella decide no hacerlo, debe respetar su decisión y mantener la confidencialidad.

La confidencialidad en ética establece que la información personal de un paciente debe ser protegida y no compartida sin su consentimiento. La enfermera debe respetar la decisión de María de mantener su diagnóstico en privado hasta que ella decida informar a su familia.

Romper esta confidencialidad sin el consentimiento de María (opción 2) no solo es una **violación de sus derechos**, sino que también puede dañar la **relación de confianza entre la paciente y el personal**. Aunque es apropiado sugerir que informe a su familia (opción 3), la decisión final recae en María, y su confidencialidad debe ser respetada.

Es una declaración concisa de los valores éticos, las obligaciones, los deberes y los ideales profesionales de los enfermeros de manera individual y colectiva. Es el estándar ético no negociable de la profesión.
Es una expresión de la propia comprensión de la enfermería de su compromiso con la sociedad.

El Código de Ética del CIE para las Enfermeras es una guía para la acción basada en valores y necesidades sociales.

Código de ética profesional Y Código Deontológico

El Código de Ética del CIE para las Enfermeras incluye cuatro elementos principales que ofrecen un marco para una práctica ética:

Las enfermeras y los pacientes u otras personas que requieren cuidados o servicios

Las enfermeras y la práctica

Las enfermeras y la profesión

Las enfermeras y sus compañeros de trabajo

Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

LAS ENFERMERAS Y LOS PACIENTES

Cerciorarse de que la persona y la familia reciben información comprensible precisa, suficiente y oportuna, de manera adecuada.

Responsabilidad profesional para con las personas que necesitan cuidados y servicios profesionales de enfermería



Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

LAS ENFERMERAS Y LOS PACIENTES

Confidencialidad de toda información personal de los pacientes y respetan la privacidad, confidencialidad e intereses de los pacientes

Defender la equidad y la justicia social en la distribución de los recursos, el acceso a atención a la salud y a otros servicios sociales y económicos.

Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

LAS ENFERMERAS Y LOS PACIENTES

Apoyan y respetan la dignidad y los derechos universales de todas las personas, en particular los pacientes, colegas y familias.

Cultura de la seguridad en los entornos sanitarios reconociendo y abordando las amenazas para las personas



Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

LAS ENFERMERAS Y LOS PACIENTES

Prestan cuidados informados por la evidencia y centrados en la persona, reconociendo y utilizando los valores y principios de la atención primaria.

Se cercioran de que el uso de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, dignidad y derechos de las personas

Las enfermeras y los pacientes **Aplicación – Enfermeras asistenciales, líderes y gestoras**

Brindar cuidados que respeten los derechos humanos y sensibles a los valores, costumbres y creencias de las personas.

Participar en educación continua sobre razonamiento ético y conductas hacia los pacientes.

Asegurar el consentimiento informado

Notificar cualquier riesgo inapropiado o mal uso de las tecnologías.

Aplicar la ética en el uso de la información, garantizando la confidencialidad y privacidad.

Las enfermeras y los pacientes Aplicación – Enfermeras docentes e investigadoras

Integrar en los planes de estudios contenido sobre normas culturales, seguridad y competencia, ética, derechos humanos, equidad, dignidad humana, justicia, desigualdades y solidaridad como base para acceder a atención de salud

Educación enfocada en los valores éticos y razonamiento ético, cuidados seguros, respeto por la autonomía del paciente e importancia del consentimiento informado.

Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

LAS ENFERMERAS Y LA PRACTICA

Tienen responsabilidad personal y rinden cuentas de la práctica ética de la enfermería y del mantenimiento de su competencia.

Mantienen su **habilitación para ejercer** al objeto de no comprometer su capacidad para prestar cuidados

Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

LAS ENFERMERAS Y LA PRACTICA

Dentro de sus competencia
emitir juicio profesional al
aceptar y delegar
responsabilidad.

Valorar su propia dignidad,
bienestar y salud. (Seguridad
laboral)



Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

LAS ENFERMERAS Y LA PRACTICA

Las enfermeras reconocen y mantienen límites en las relaciones personales. Se reflejan bien en la profesión y potencian su imagen y confianza pública

Comparten sus conocimientos y experiencia, además de proporcionar observaciones, mentorazgo y apoyar el desarrollo profesional.

Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

LAS ENFERMERAS Y LA PRACTICA

Puede aplicar objeción de conciencia (rechazo a realizar algún procedimiento) pero de manera respetuosa, garantizando los cuidados.

Mantienen el derecho de las personas a dar y retirar su consentimiento a acceder a su información personal, de salud y genética.

LAS ENFERMERAS Y LA PRACTICA

Aplicar acciones adecuadas cuando el uso de la tecnología o la atención humana pone en peligro la salud.

Abogar por la transparencia y cooperar con otros implicados para reducir el riesgo de errores. Fomentan la conducta ética cuando se producen errores o pseudo-errores.

Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

LAS ENFERMERAS Y LA PRACTICA APLICACIÓN ASISTENCIAL, LIDER, GESTOR

Establecer normas de atención de salud y un contexto de trabajo que fomente la seguridad y la calidad de los cuidados.

Establecer sistemas de evaluación profesional, formación continua y renovación sistemática de la autorización para ejercer.

Vigilar y fomentar la buena salud individual del personal de enfermería en relación con su competencia para la práctica de la profesión.

Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

LAS ENFERMERAS Y LA PRACTICA APLICACIÓN DOCENTE, INVESTIGADOR

Facilitar oportunidades de formación/aprendizaje que fomenten la preparación y la competencia para el ejercicio de la profesión a lo largo de la vida.

Realizar y difundir investigaciones que muestren los vínculos entre el aprendizaje continuo y la competencia para la práctica.

Fomentar la importancia de la salud individual y poner de relieve su relación con otros valores

Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

LAS ENFERMERAS Y LA PROFESION

Su función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería.

Contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación, que favorezca la práctica basada en pruebas.

Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

LAS ENFERMERAS Y LA PROFESION

Participará en el **desarrollo y en el sostenimiento** de un conjunto de valores profesionales.

A través de la organización profesional, participará en la **creación de un entorno favorable** de la práctica y en el mantenimiento de condiciones de trabajo en la enfermería que sean seguras, equitativas social y económicamente.

Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

LAS ENFERMERAS Y LA PROFESION

Ejercerá su profesión para sostener y proteger el entorno natural y será consciente de las consecuencias que ello tiene para la salud.

Contribuirá a crear un entorno ético de la organización y se opondrá a las prácticas y a los contextos no éticos.



Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

LAS ENFERMERAS Y LA PROFESION APLICACIÓN ASISTENCIAL, LIDER, GESTOR

Fijar normas para la práctica, investigación, formación y gestión de enfermería.

Fomentar el apoyo en el lugar del trabajo a la realización, difusión y utilización de la investigación relacionada con la enfermería y la salud.

Promover la participación en las asociaciones nacionales de enfermeras para generar solidaridad y cooperación, con el fin de promover condiciones socioeconómicas y laborales favorables para las enfermeras.

Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

LAS ENFERMERAS Y LA PROFESION APLICACIÓN DOCENCIA, INVESTIGADORES

Proporcionar oportunidades de enseñanza y aprendizaje en fijación de normas para la práctica, investigación, formación y gestión de enfermería.

Dirigir, difundir y utilizar la investigación para impulsar la profesión de enfermería.

Sensibilizar a los que aprenden sobre la importancia de las asociaciones profesionales de enfermería.

Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

LAS ENFERMERAS Y SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO

Relación respetuosa de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores.

Actuará adecuadamente para prestar apoyo y orientar a las personas con las que trabaja, para fortalecer el comportamiento ético.

Adoptar las medidas adecuadas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando un compañero u otra persona pongan en peligro su salud.



Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

La versión revisada del 2021 tiene cuatro elementos principales que ofrecen un marco para una conducta ética:

las **enfermeras y los pacientes** u otras personas que requieren cuidados o servicios;
las **enfermeras y la práctica**;
las **enfermeras y la profesión**;
y las **enfermeras y la salud global**.

En esta nueva versión se ponen de relieve las condiciones laborales de las enfermeras, la protección de datos y la función de las enfermeras en la **salud global**.

Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

LAS ENFERMERAS Y LA SALUD GLOBAL

Valoran la atención de salud como un derecho humano y reafirman el derecho de acceso universal a atención de salud para todos.

Defienden la dignidad, libertad y valía de todos los seres humanos y se oponen a cualquier forma de explotación como la trata de personas y el trabajo infantil.

Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

LAS ENFERMERAS Y LA SALUD GLOBAL

Valoran la atención de salud como un derecho humano y reafirman el derecho de acceso universal a atención de salud para todos.

Defienden la dignidad, libertad y valía de todos los seres humanos y se oponen a cualquier forma de explotación como la trata de personas y el trabajo infantil.

Contribución a la elaboración de políticas de salud sólidas.



LAS ENFERMERAS Y LA SALUD GLOBAL

Trabajo para la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de Naciones Unidas.

Reconocen la trascendencia de los determinantes sociales de la salud. Contribuyen y abogan por políticas y programas para su abordaje

Colaboran y ejercen para conservar, apoyar y proteger el entorno natural y son conscientes de las consecuencias de la degradación ambiental para la salud, como por ejemplo el cambio climático.



Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

LAS ENFERMERAS Y LA SALUD GLOBAL

Colaboran con otras profesiones sociales y sanitarias y con la ciudadanía para defender los principios de justicia, promoviendo la responsabilidad en los derechos humanos, la equidad y la imparcialidad.

Colaboran en todos los países para desarrollar y mantener la salud global y garantizar la aplicación de políticas y principios al respecto.

Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

Código de Ética del CIE para las Enfermeras – Valores profesionales



Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

¿Cuál es el elemento del Código deontológico para la profesión del CIE, que se pone de manifiesto cuando el profesional en enfermería se cerciora de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas?

Respuestas:

- La enfermera y los pacientes.
- La enfermera y la salud global.
- La enfermera y la profesión.
- La enfermera y la práctica.

Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

¿Cuál es el elemento del Código deontológico para la profesión del CIE, que se pone de manifiesto cuando el profesional en enfermería se cerciora de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas?

Respuestas:

- **La enfermera y los pacientes.**
- La enfermera y la salud global.
- La enfermera y la profesión.
- La enfermera y la práctica.

Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

A base de los 4 componentes de Código deontológico el de las enfermeras y los pacientes están vinculadas con todas las acciones del personal enfermero hacia el paciente aplicando comportamientos y conductas éticas que aseguren el bienestar y que otorguen al 100% el cumplimiento de los derechos humanos de los pacientes.



Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

Un grupo de profesionales de enfermería en un servicio de salud, mantienen un ambiente de trabajo respetuoso y de colaboración. ¿A qué elemento del Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), se refiere el comportamiento de este grupo?

Respuestas:

- La enfermera y sus compañeras de trabajo.
- La enfermera y las personas.
- La enfermera y la práctica.
- La enfermera y la profesión.

Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

Un grupo de profesionales de enfermería en un servicio de salud, mantienen un ambiente de trabajo respetuoso y de colaboración. ¿A qué elemento del Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), se refiere el comportamiento de este grupo?

Respuestas:

- **La enfermera y sus compañeras de trabajo.**
- La enfermera y las personas.
- La enfermera y la práctica.
- La enfermera y la profesión.

Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

Este elemento del Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras se refiere a la responsabilidad de mantener relaciones de trabajo respetuosas y colaborativas entre los miembros del equipo de salud. Fomenta un ambiente de trabajo positivo, lo que contribuye a la calidad del cuidado y seguridad del paciente.



Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

¿Cuál es el elemento del código deontológico para la profesión que se pone de manifiesto cuando la enfermera mantiene la confidencialidad de toda información personal y utilizará la discreción al compartirla?

Respuestas:

- La enfermera y los pacientes.
- La enfermera y la práctica.
- La enfermera y la profesión.
- La enfermera y la salud global.

Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

¿Cuál es el elemento del código deontológico para la profesión que se pone de manifiesto cuando la enfermera mantiene la confidencialidad de toda información personal y utilizará la discreción al compartirla?

Respuestas:

- **La enfermera y los pacientes.**
- La enfermera y la práctica.
- La enfermera y la profesión.
- La enfermera y la salud global.

Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

Dentro de las normas y valores éticos que engloba el Código Deontológico establece la confidencialidad como parte del vínculo entre **la enfermera y los pacientes**, asegurando la autonomía del paciente como ser humano libre en toma de decisiones reflejado en la aplicación que se da mediante el consentimiento informado.

En relación con la practica esta mas dirigida a las propias acciones en la practica ética donde debe existir ese equilibrio entre los personal y laboral que no comprometa la seguridad del paciente.

Con base en la profesión son acciones dirigidas a el fortalecimiento propio de la profesión con difusión de estudios de investigación sobre cuidados del paciente, enfermería y entorno.

Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

Según el código deontológico para la profesión de enfermería (CIE). “La enfermera observará en todo momento normas de conducta personal que acrediten a la profesión y fomenten la confianza del público”. Seleccione el elemento al que se refiere.

Respuestas:

- La enfermera y la práctica.
- La enfermera y sus compañeros de trabajo.
- La enfermera y la profesión.
- La enfermera y las personas.

Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

Según el código deontológico para la profesión de enfermería (CIE). “La enfermera observará en todo momento normas de conducta personal que acrediten a la profesión y fomenten la confianza del público”. Seleccione el elemento al que se refiere.

Respuestas:

- **La enfermera y la práctica.**
- La enfermera y sus compañeros de trabajo.
- La enfermera y la profesión.
- La enfermera y las personas.

Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

Las enfermeras observan estándares de conducta personal en todo momento. Se reflejan bien en la profesión y potencian su imagen y confianza pública. En su rol profesional, las enfermeras reconocen y mantienen límites en las relaciones personales; es parte de los elementos enfocados en las **enfermeras y la practica.**



Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

El código deontológico es el _____sistemizado de normas que el mismo _____ disciplinar comparte y al que se _____.

Respuestas:

- Conjunto, grupo, compromete.
- Grupo, equipo, mantiene.
- Código, principio, juzga.
- Mecanismo, módulo, cumple.

Código de ética profesional Y Código Deontológico – CIE

El código deontológico es el _____sistemizado de normas que el mismo _____ disciplinar comparte y al que se _____.

Respuestas:

- **Conjunto, grupo, compromete.**
- Grupo, equipo, mantiene.
- Código, principio, juzga.
- Mecanismo, módulo, cumple.

Código Orgánico Integral Penal: mala practica profesional



Código Orgánico Integral Penal (COIP)

En base al **COIP** se menciona la mala practica profesional en el:

Art. 146.- Homicidio culposo por mala práctica profesional.- La persona que al infringir un deber objetivo de cuidado, en el ejercicio o práctica de su profesión, ocasione la muerte de otra, será sancionada con pena privativa de libertad de **uno a tres años**.

El proceso de habilitación para volver a ejercer la profesión, luego de cumplida la pena, será determinado por la Ley.

Código Orgánico Integral Penal (COIP)

Será sancionada con pena privativa de libertad de **tres a cinco años** si la muerte se produce por acciones innecesarias, peligrosas e ilegítimas.

Se entenderá que el **homicidio culposo simple** por mala práctica profesional, tipificado en el inciso primero del artículo 146 del Código Orgánico Integral Penal, se configura por la inobservancia del deber objetivo de cuidado, conforme a su inciso final.

Se entenderá que el homicidio culposo calificado por mala práctica profesional por la inobservancia del deber objetivo de cuidado; y, además, por la concurrencia de las **acciones innecesarias, peligrosas e ilegítimas.**

Código Orgánico Integral Penal (COIP)

Para la determinación de la infracción al deber objetivo de cuidado deberá concurrir lo siguiente:

1. La mera producción del resultado no configura infracción al deber objetivo de cuidado.
2. La inobservancia de leyes, reglamentos, ordenanzas, manuales, reglas técnicas aplicables a la profesión.
3. El resultado dañoso debe provenir directamente de la infracción al deber objetivo de cuidado y no de otras circunstancias independientes o conexas.
4. Se analizará en cada caso la diligencia, el grado de formación profesional, las condiciones objetivas, la previsibilidad y evitabilidad del hecho.

Código Orgánico Integral Penal (COIP)

El **homicidio culposo** se da cuando la muerte es resultado de la imprudencia, negligencia o descuido de un profesional, sin intención de matar. El profesional no quería ni esperaba causar la muerte, pero su falta de cuidado o cumplimiento de normas lleva a ese resultado trágico.

El homicidio culposo calificado o agravado condena a como mínimo 3 a 5 años de cárcel por su mismo contexto, es decir, el profesional es consciente de lo que esta haciendo probablemente resulte en la muerte de alguien, y aun así procede con ellas.

¿Cuál es la sanción a quien incurra en homicidio culposo por mala práctica profesional según el Artículo 146 del Código Orgánico Integral Penal del Ecuador?

Respuestas:

- De 1 a 3 años con pena privativa de libertad.
- De 3 a 5 años con pena privativa de libertad.
- De 1 a 2 años con pena privativa de libertad.
- De 2 a 3 años con pena privativa de libertad.

¿Cuál es la sanción a quien incurra en homicidio culposo por mala práctica profesional según el Artículo 146 del Código Orgánico Integral Penal del Ecuador?

Respuestas:

- **De 1 a 3 años con pena privativa de libertad.**
- De 3 a 5 años con pena privativa de libertad.
- De 1 a 2 años con pena privativa de libertad.
- De 2 a 3 años con pena privativa de libertad.

El homicidio culposo por mala practica profesional de acuerdo al COIP establece una pena de privación de libertad de **1 a 3 años**.

En el enunciado no clarifica si el homicidio culposo es calificado o agravado por lo tanto la opción de respuesta de 3 a 5 años queda descartada.

Las otras opciones no refieren la pena privativa estipulada en el COIP por mala practica profesional.



En relación con el artículo 146 del Código Orgánico Integral Penal del Ecuador, ¿cuál de las siguientes situaciones constituye homicidio culposo por mala práctica profesional?

Respuestas

- A. Un médico realiza una cirugía urgente y, a pesar de seguir todos los procedimientos, el paciente muere debido a complicaciones imprevistas.
- B. Una enfermera no administra un medicamento vital a un paciente a tiempo, a pesar de haber recibido instrucciones claras, y el paciente muere como resultado.
- C. Un dentista realiza un procedimiento dental común sin complicaciones, pero el paciente muere debido a una reacción alérgica desconocida.

En relación con el artículo 146 del Código Orgánico Integral Penal del Ecuador, ¿cuál de las siguientes situaciones constituye homicidio culposo por mala práctica profesional?

Respuestas

A. Un médico realiza una cirugía urgente y, a pesar de seguir todos los procedimientos, el paciente muere debido a complicaciones imprevistas.

B. Una enfermera no administra un medicamento vital a un paciente a tiempo, a pesar de haber recibido instrucciones claras, y el paciente muere como resultado.

C. Un dentista realiza un procedimiento dental común sin complicaciones, pero el paciente muere debido a una reacción alérgica desconocida.

La opción B es la respuesta correcta porque describe un escenario donde la muerte del paciente ocurrió como resultado directo de **la negligencia o falta de cumplimiento de deberes** por parte de la enfermera al no administrar un medicamento vital a tiempo, a pesar de haber recibido instrucciones claras.

La opción A, aunque el paciente muere debido a complicaciones imprevistas donde el medico realizo y siguió todo el protocolo, no muestra negligencia o incumplimiento por lo que **no constituye homicidio culposo** por mala practica profesional.

La opción C, el paciente muere debido a una reacción alérgica desconocida durante un procedimiento dental rutinario, no hay indicaciones que el dentista haya sido negligente o incumplido deberes profesionales, por lo tanto **no es homicidio culposo**.

Usuario y la calidad de la atención

La calidad y seguridad en la atención de los pacientes constituyen una obligación técnica y ética de quienes prestan el servicio, a través de la transparencia de los procesos y resultados de las acciones que desarrollan los mencionados sistemas de salud.



La seguridad de la atención en salud es un proceso permanente que se centra en:

- Conocimiento de los riesgos de eventos adversos.
- Eliminación de los riesgos innecesarios.
- Prevención y corrección de aquellos riesgos que son evitables a través de intervenciones basadas, en evidencia científica, con demostrada efectividad.



Seguridad del Paciente

El daño asociado a la atención en salud destaca que los eventos adversos son frecuentes y que algunos de ellos pueden ser graves, causando invalidez e incluso la muerte. Existen aspectos que se deben normar para recibir una atención de salud más segura, bajo principios transversales que orienten las acciones



Seguridad del Paciente

Principios transversales de la seguridad del paciente - usuario

Brindar una atención segura supera el establecer políticas o normativas. Se requiere el compromiso y cooperación de los diferentes actores para sensibilizar, promover, concertar y coordinar acciones que alcancen realmente resultados efectivos.



Es relevante definir los principios transversales que orienten todas las acciones que permitan la implementación de esta normativa en el territorio ecuatoriano, estos principios se resumen en:

- Atención centrada en la persona
- Alianza con el paciente y su familia
- Alianza con el profesional y personal de la salud
- Cultura de Seguridad
- Impacto
- Liderazgo y trabajo en equipo
- Visión sistémica y multicausal



Bioética y seguridad del paciente - usuario

Todo acto relacionado con la atención de la salud tiene una base de reflexión ética, por lo tanto, hablar de seguridad para el paciente comprende un deber moral de todos los actores relacionados con el cuidado de la salud, sustentado en el ejercicio de cuatro principios bioéticos:

- Beneficencia
- No Maleficencia
- Autonomía
- Justicia





Son los tipos de procesos o estructura cuya aplicación reduce la probabilidad de eventos adversos asociados a la atención de salud, que se apoyan en la mejor evidencia científica disponible y que procuran prevenir, minimizar o eliminar el riesgo asociado a la práctica clínica.

Las prácticas establecidas para la seguridad del paciente - usuario son de tres tipos:

- Prácticas Seguras Administrativas
- Prácticas Seguras Asistenciales
- Prácticas Seguras Administrativas/Asistenciales



Prácticas Seguras Administrativas



1. Identificación correcta del paciente.
2. Programa de mantenimiento preventivo de equipos biomédicos.

Prácticas Seguras Asistenciales



1. Control de abreviaturas peligrosas.
2. Manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo.
3. Control de electrolitos concentrados.
4. Conciliación de medicamentos.
5. Administración correcta de medicamentos.
6. Administración de antibióticos profilácticos en procedimientos quirúrgicos.
7. Profilaxis de trombo embolismo venoso.
8. Prevención de úlceras por presión

Prácticas Seguras Administrativas/Asistenciales



1. Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente.
2. Prácticas quirúrgicas seguras.
3. Transferencia correcta de Información de los pacientes en puntos de transición.
4. Manejo correcto de las bombas de infusión.
5. Higiene de manos.
6. Prevención de caídas.
7. Educación en seguridad del paciente.

Relacione los tipos de prácticas seguras y sus procedimientos, que debe aplicar en la unidad hospitalaria, con respecto a la seguridad del paciente.

Respuestas:

- 1ab, 2cd
- 1cd, 2ab
- 1bd, 2ac
- 1ad, 2bc

Tipo de práctica segura	Procedimiento
1. Prácticas seguras administrativas.	a. Manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo.
2. Prácticas seguras asistenciales.	b. Mantenimiento preventivo correctivo de equipos biomédicos.
	c. Prevención de úlceras por presión.
	d. Identificación correcta del paciente.

Relacione los tipos de prácticas seguras y sus procedimientos, que debe aplicar en la unidad hospitalaria, con respecto a la seguridad del paciente.

Respuestas:

- 1ab, 2cd
- 1cd, 2ab
- **1bd, 2ac**
- 1ad, 2bc

Tipo de práctica segura	Procedimiento
1. Prácticas seguras administrativas.	a. Manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo.
2. Prácticas seguras asistenciales.	b. Mantenimiento preventivo correctivo de equipos biomédicos.
	c. Prevención de úlceras por presión.
	d. Identificación correcta del paciente.

Seleccione los principios transversales de la seguridad del paciente – usuario:

- Atención centrada en la persona.
- Atención con autonomía y justicia.
- Liderazgo y trabajo en equipo.
- Administración correcta de medicamentos.
- Visión sistémica y multicausal.
- Identificación correcta del paciente.

Respuestas:

- 2, 4, 6
- 3, 4, 6
- 1, 3, 5
- 2, 3, 5

Seleccione los principios transversales de la seguridad del paciente – usuario:

- Atención centrada en la persona.
- Atención con autonomía y justicia.
- Liderazgo y trabajo en equipo.
- Administración correcta de medicamentos.
- Visión sistémica y multicausal.
- Identificación correcta del paciente.

Respuestas:

- 2, 4, 6
- 3, 4, 6
- **1, 3, 5**
- 2, 3, 5

De acuerdo con el Manual de Seguridad del Paciente – usuario del MSP, las prácticas seguras se clasifican en:

Respuestas:

- Prácticas seguras administrativas, asistenciales y administrativas-asistenciales.
- Prácticas seguras en medicamentos de riesgo, abreviaturas y prevención de caídas.
- Prácticas seguras en la notificación, higiene de manos y seguridad del paciente.
- Prácticas quirúrgicas, conciliación de medicamentos y manejo de bombas de infusión.

De acuerdo con el Manual de Seguridad del Paciente – usuario del MSP, las prácticas seguras se clasifican en:

Respuestas:

- **Prácticas seguras administrativas, asistenciales y administrativas-asistenciales.**
- Prácticas seguras en medicamentos de riesgo, abreviaturas y prevención de caídas.
- Prácticas seguras en la notificación, higiene de manos y seguridad del paciente.
- Prácticas quirúrgicas, conciliación de medicamentos y manejo de bombas de infusión.

Como profesional de enfermería, es necesario que usted conozca los tipos de prácticas seguras en la atención de salud. Las prácticas establecidas para la seguridad del paciente-usuario son: prácticas seguras administrativas, prácticas seguras asistenciales, prácticas seguras administrativas - asistenciales. ¿Cuál es el procedimiento que se relaciona a la práctica segura administrativa?

Respuestas:

- Manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo.
- Identificación correcta del paciente.
- Conciliación de medicamentos.
- Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente.

Como profesional de enfermería, es necesario que usted conozca los tipos de prácticas seguras en la atención de salud. Las prácticas establecidas para la seguridad del paciente-usuario son: prácticas seguras administrativas, prácticas seguras asistenciales, prácticas seguras administrativas - asistenciales. ¿Cuál es el procedimiento que se relaciona a la práctica segura administrativa?

Respuestas:

- Manejo adecuado de medicamentos de alto riesgo.
- **Identificación correcta del paciente.**
- Conciliación de medicamentos.
- Notificación de eventos relacionados con la seguridad del paciente.

Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino



Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino

Aparato reproductor masculino

Los órganos genitales masculinos son: Los testículos, con funciones endocrinas (producción de hormonas masculinas) y funciones de génesis y maduración de los gametos masculinos o espermatozoides, que serán trasladados a través de las vías espermáticas hasta la uretra, la cual desemboca en el exterior a través del pene. Incluyen otros órganos accesorios, como la próstata y las glándulas de Cowper



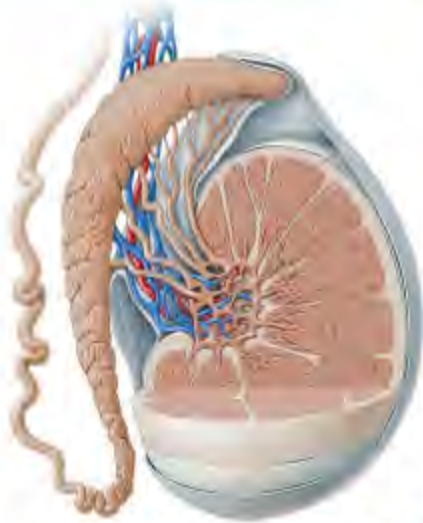
Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino

Testículos

Tienen forma ovalada, con un diámetro mayor de unos 4 cm, una anchura de 3 cm y un espesor de 2,5 cm, y cada uno de ellos pesa alrededor de 20 g.

El testículo y el epidídimo están envueltos por una serie de capas que constituyen la bolsa escrotal.

En su polo superior se aprecia una pequeña formación correspondiente a un resto embrionario denominado hidátide sésil de Morgagni.

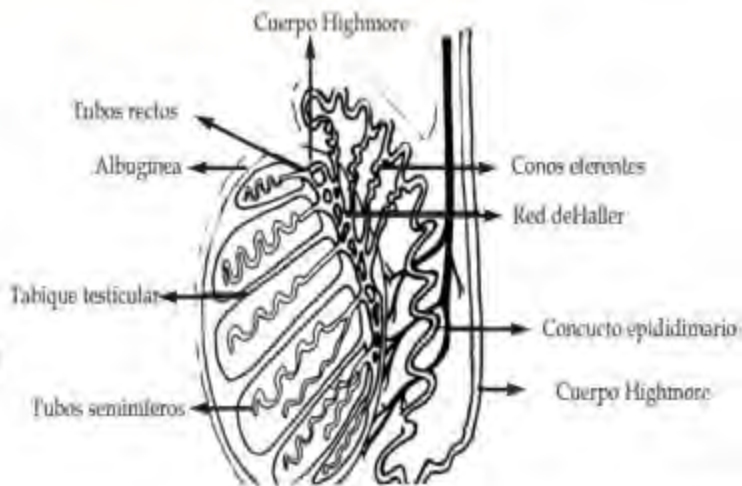
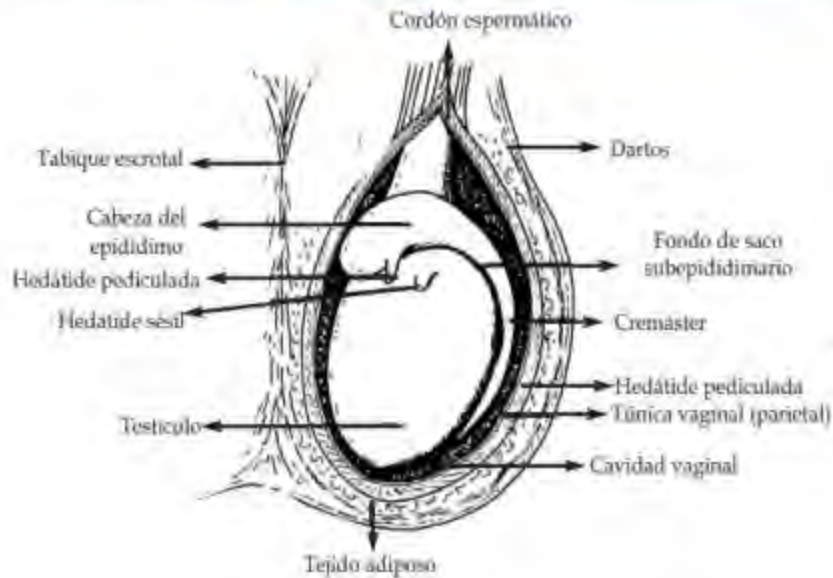


Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino

Funciones de los testículos

- La espermatogénesis comienza en la pubertad por estímulo de las hormonas gonadotrópicas de la hipófisis.
- En primer lugar, cada espermatogonia se transforma en un espermatocito primario, el cual duplica sus cromosomas y se divide en 2 espermatocitos secundarios, con 46 cromosomas agrupados en 23 pares.
- Los espermatocitos secundarios se convierte, por división meiótica, en dos células denominadas espermátides. Estas contienen, por lo tanto, 23 cromosomas no emparejados
- La maduración de la espermátide origina el espermatozoide, que consta de cabeza, cuello, cuerpo y cola.
- El espermatozoide sólo puede vivir 2 o 3 días en los productos de la eyaculación, pero se mantiene vivo durante mucho más tiempo en los conductos testiculares y el epidídimo

Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino



Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino

Vías espermáticas

En realidad, las vías espermáticas comienzan en los tubos seminíferos del testículo, pero en la estructura interna de este órgano ya se han descrito los tubos seminíferos, los tubos rectos, la red de Haller y los conductos eferentes, por lo que en este apartado se describirá el resto de las vías espermáticas: epidídimo, conducto deferente, vesículas seminales y conductos eyaculadores



Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino

- El epidídimo mide unos 5 cm, aunque el conducto epididimario, muy replegado, tienen en realidad una longitud de unos 6 cm.
- La cola del epidídimo se continúa con el conducto deferente, más ancho y menos sinuoso; asciende hacia el polo superior del testículo a lo largo de la cara interna del epidídimo y sale de la bolsa escrotal hacia el conducto inguinal.
- El conducto deferente tiene una consistencia dura y una longitud de unos 40 cm. Entra en la cavidad abdominal con el cordón espermático por el conducto inguinal
- Las vesículas seminales son dos bolsas con función secretora que aportan el líquido seminal en la eyaculación. Contienen también espermatozoides, como el resto de las vías espermáticas.
- El fondo de saco de Douglas cubre el extremo superior de la vesícula seminal, es decir, el fondo de ésta.
- El conducto eyaculador es un tubo corto (de 2,5 cm) que atraviesa la próstata. Termina al desembocar en la uretra prostática o tramo de la uretra que atraviesa la próstata.

Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino

Próstata

La próstata es una glándula de secreción exocrina que se sitúa debajo de la vejiga, rodeando la uretra y los conductos eyaculadores que desembocan en la uretra. A partir de la pubertad crece hasta el tamaño del adulto 3 cm de altura, 4 cm de anchura y 2 cm de grosor.

Por su forma, tamaño, color y consistencia, es semejante a una castaña.

La próstata está envuelta en una aponeurosis que engloba también el plexo venoso prostático.



Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino

PENE

El pene es un órgano cilíndrico que pende sobre las bolsas escrotales, por debajo de la sínfisis pubiana. Está unido a la región anterior del perineo.

El pene está recubierto por varias capas; la más interna es una envoltura fibroelástica, la fascia peneana, que se continúa con la fascia superficial del escroto y perineo. Esta envoltura se une a la sínfisis del pubis por el ligamento suspensorio del pene.

El surco formado entre la corona del glande y el prepucio es el surco balanoprepucial, donde se acumula el esmegma, compuesto de la secreción de glándulas sebáceas y descamación de las paredes del prepucio.



Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino



Durante el coito, se observan en el varón diversos cambios fisiológicos, que pueden resumirse en tres fases:

- Excitación
- Orgasmo
- Resolución

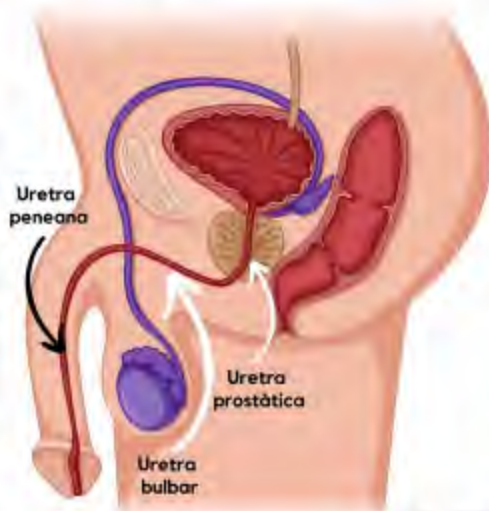
Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino

Uretra Masculina

Desde la vejiga urinaria, la uretra desciende verticalmente, atravesando la próstata desde su base hasta el vértice: es la uretra prostática. En este tramo presenta un relieve en su pared posterior, el veru Montanum. Por debajo de la próstata, la uretra atraviesa el músculo transverso profundo del perineo (diafragma urogenital), recibiendo el nombre de uretra membranosa. En este tramo está rodeada por las fibras musculares del esfínter estriado (voluntario), y por detrás, entre las fibras musculares del esfínter, las dos glándulas de Cowper o glándulas bulbouretrales, que aportan una secreción mucosa lubricante, tienen forma redondeada, del tamaño de un guisante. Desembocan en la uretra un poco más abajo, cuando ésta atraviesa el bulbo esponjoso del pene. La uretra membranosa mide aproximadamente 1 cm.

Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino

Los órganos genitales masculinos son: Los testículos, con funciones endocrinas (producción de hormonas masculinas) y funciones de génesis y maduración de los gametos masculinos o espermatozoides, que serán trasladados a través de las vías espermáticas hasta la uretra, la cual desemboca en el exterior a través del pene. Incluyen otros órganos accesorios, como la próstata y las glándulas de Cowper



Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino

Aparato reproductor femenino

El aparato genital femenino se compone de dos ovarios, dos tubas o trompas de Falopio, el útero, la vagina y la vulva. Incluiremos el estudio de la mama como órgano ligado a la fisiología femenina, ya que en la mujer posee unas características morfológicas y funcionales que no existen en el varón, donde constituye un órgano rudimentario.



Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino

Ovario

Los ovarios son los órganos productores de los óvulos o células sexuales femeninas y son también glándulas endocrinas productoras de estrógenos y progesterona.

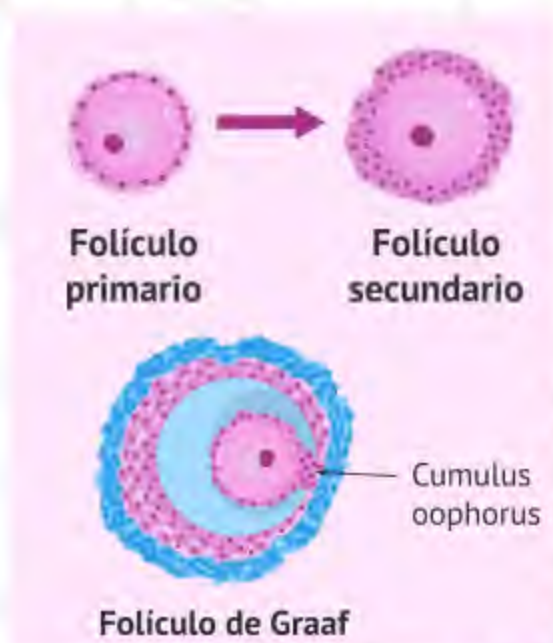
Está situado en la pared lateral de la cavidad pelviana, en la fosa ovárica, formada por el relieve del uréter, por detrás y los vasos ilíacos externos, por fuera y por delante, recubiertos por el peritoneo parietal.



Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino

A partir de la pubertad, las hormonas gonadotrópicas de la hipófisis, sobre todo la foliculostimulante (FSH. v más adelante), hacen madurar en cada ciclo menstrual algunos folículos, por lo que junto a folículos primarios se encuentran otros que ya han comenzado a aumentar de volumen:

- Folículo secundario
- Folículo terciario
- Folículo maduro o de De Graaf



Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino

Trompas de Falopio

Las trompas, tubas u oviductos son los conductos que llevan los óvulos desde el ovario hasta el útero.

La porción intramural está íntimamente relacionada con la pared del útero, en cuya cavidad se abre. Comienza en el orificio uterino de la trompa, atraviesa la pared del útero y se continúa con el istmo.



Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino

Al romperse el folículo de De Graaf, el óvulo cae a la cavidad peritoneal, pero las fimbrias del pabellón establecen una corriente líquida que arrastra el óvulo hasta el orificio abdominal de la trompa. Una vez dentro, los pliegues de la mucosa, más abundantes en el pabellón, retrasan el avance del óvulo hacia el útero.

 Intramural

 Ampulla

 Fimbriae

 Isthmus

 Infundibulum



Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino

Útero

El útero está situado entre la vejiga y el recto, debajo de las asas intestinales y por encima de la vagina, con la que se continúa caudalmente. Tiene forma de cono, un poco aplanado y con el vértice hacia abajo.

Hacia la mitad presenta un estrechamiento o istmo uterino que lo divide en dos partes: hacia arriba el cuerpo y hacia abajo el cuello, que presenta una forma más o menos cilíndrica



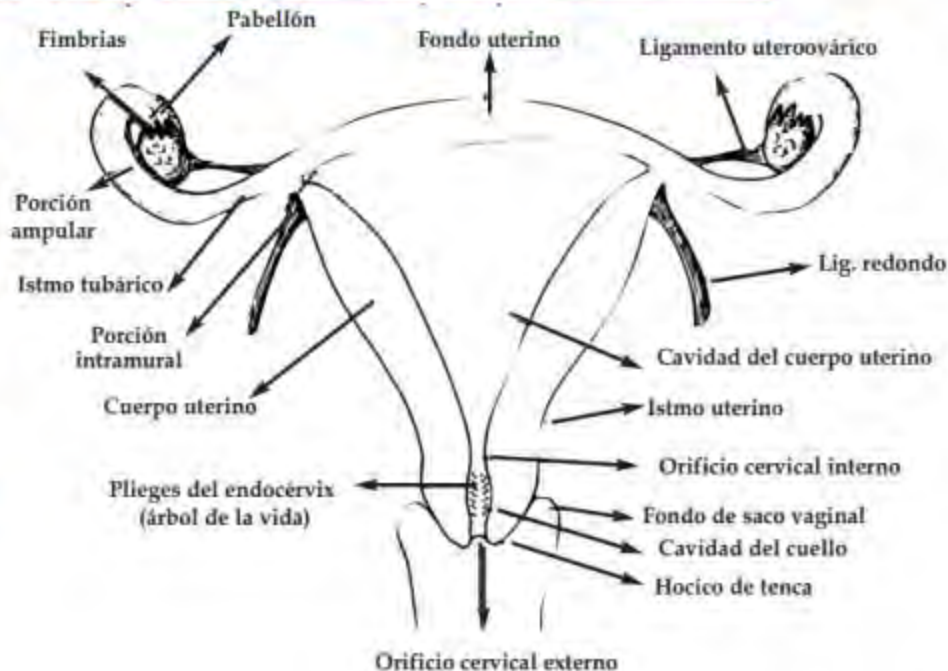
Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino

El útero tiene tres capas que, de dentro afuera son:

- Mucosa o endometrio
- Muscular o miometrio
- Serosa o adventicia

Funciones

- Mantener el embrión durante el embarazo
- Expulsarlo cuando el feto llega a término



Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino

Vagina

La vagina es un conducto que se extiende desde el cuello del útero hasta la vulva. Está situada entre la vejiga y el recto, de los que la separan sendos tabiques conjuntivos.

En su extremidad superior forma un fondo de saco alrededor del hocico de tenca o porción intravaginal del cervix. El extremo inferior está cerrado en parte por un pliegue mucoso, el himen, que en la mayoría de los casos se rompe tras el primer coito. Los restos deflecados del himen se denominan carúnculas mirtiformes.

Por delante está en relación con la cara posterior de la vejiga y la porción terminal de los uréteres y, un poco más abajo, con la uretra. Por detrás se relaciona con el recto. El fondo de saco vaginal está en contacto con el fondo de saco de Douglas.



Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino



Durante el coito, se observan en el varón diversos cambios fisiológicos, que pueden resumirse en tres fases:

- Excitación
- Orgasmo
- Resolución

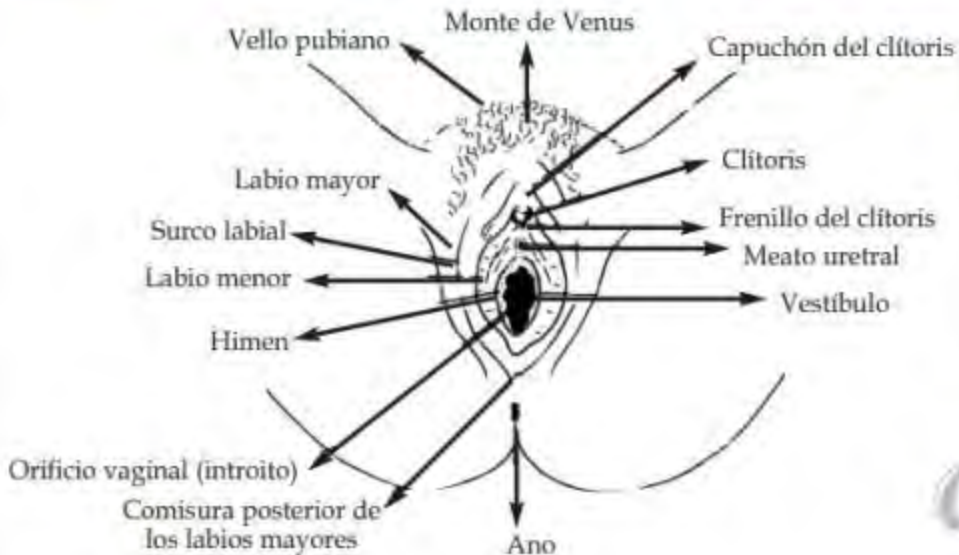
Anatomía y fisiología del aparato reproductor masculino y femenino

Uretra Femenina

La uretra femenina, aunque no es un órgano genital, está en estrecha relación con ellos, ya que desemboca en el vestíbulo vulvar. Es un conducto de unos 3 cm que se extiende desde el cuello de la vejiga hasta la vulva. Desciende por delante de la vagina, paralela a esta, y desemboca en el vestíbulo por delante de ella y por detrás del clítoris. La vagina y la uretra están separadas por un tabique fibroso uretrovaginal.



Derechos Humanos



Ordene las secciones anatómicas de las trompas de Falopio desde la porción proximal a la distal:

- Intersticial
- Ampollar
- Ístmica
- Infundibular

Respuestas:

- 1, 2, 3, 4
- 1, 3, 2,
- 3, 4, 1, 2
- 3, 1, 2, 4

Ordene las secciones anatómicas de las trompas de Falopio desde la porción proximal a la distal:

- Intersticial
- Ampollar
- Ístmica
- Infundibular

Respuestas:

- 1, 2, 3, 4
- **1, 3, 2, 4**
- 3, 4, 1, 2
- 3, 1, 2, 4

Las estructuras anatómicas del aparato reproductor masculino que intervienen en la espermatogénesis son:

Respuestas:

- Las glándulas reproductoras accesorias.
- El sistema ductal.
- El epidídimo.
- Los testículos.

Las estructuras anatómicas del aparato reproductor masculino que intervienen en la espermatogénesis son:

Respuestas:

- Las glándulas reproductoras accesorias.
- El sistema ductal.
- El epidídimo.
- **Los testículos.**

En la exploración de genitales de un neonato de 7 días de nacido, se encuentra ausencia de uno de los testículos en la bolsa escrotal, la madre refiere que el neonato nació de 35 semanas. ¿A qué tipo de anomalía congénita se refiere este caso?

Respuestas:

- Criptorquidia.
- Hidrocele.
- Hipospadias.
- Micropene.

En la exploración de genitales de un neonato de 7 días de nacido, se encuentra ausencia de uno de los testículos en la bolsa escrotal, la madre refiere que el neonato nació de 35 semanas. ¿A qué tipo de anomalía congénita se refiere este caso?

Respuestas:

- **Criptorquidia.**
- Hidrocele.
- Hipospadias.
- Micropene.